

المُغني في علم السلوك



ترجمة
أ.د. عبد الرحمن ابراهيم


منتدى إقراء الثقافي



المُغني

في علم السلوك

■ الطبعة الأولى 2008

■ الناشر: شعاع للنشر والعلوم

حارة الرباط 2 - المنطقة 12 - حي السبيل 2

تلفاكس : 2643545 (21) 00963

هاتف : 2643546 (21) 00963

سورية حلب

ص.ب ١١/٩

للمزيد من المعلومات وشراء كتب الدار مباشرة على الإنترنت

يرجى زيارة موقعنا http://www.raypub.com

البريد الإلكتروني للقراء: quality@raypub.com

info@raypub.com

البريد الإلكتروني للزبائن: sales@raypub.com

البريد الإلكتروني لدور النشر: orders@raypub.com

المغني
في علم السلوك

ترجمة

د. عبد الرحمن ابراهيم

بروفيسور في الطب النفسي

استشاري السلوك الإنساني في حالتي الصحة والمرض

اختصاصي بالأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية والجنسية ومعالجتها

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿قُلْ كُلٌّ يَعْمَلُ عَلَى شَاكِلَتِهِ فَرَبُّكُمْ أَعْلَمُ بِمَنْ هُوَ أَهْدَى سَبِيلًا «84» وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ
قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا «85»﴾ الإسراء



الإهداء..

إلى كل من حول..

ضعفه.. قوة..

وحزنه .. فرحا..

وقهره .. منعة..

وألمه .. عزة..

وجراحه .. شموخا..

ومقاومته .. منهجا وسلوكا وعقيدة..

عبد الرحمن



مقدمة المترجم

هذا الكتاب من أحدث الكتب العالمية في علم السلوك ويعتمد بشكل كامل على الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع المعدل *DSM-IV-TR* المنشور من قبل الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين عام 2000 وهو أحدث تصنيف للاضطرابات العقلية والنفسية في العالم بعد التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية الذي وضعته منظمة الصحة العالمية *ICD-10* في منتصف العقد الأخير من القرن العشرين ورغم تحفظاتي على الكثير مما ورد في *DSM-IV-TR* وعلى بعض الفقرات التي وردت في هذا الكتاب (يمكن الاطلاع على جميع التحفظات في كتابي فكرة وجيزة عن تصانيف الاضطرابات العقلية والنفسية "تحت الطبع") إلا أنني آثرت الإبقاء عليها كما هي بغية الأمانة في الترجمة..

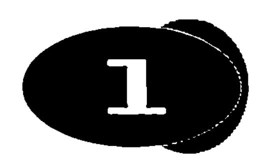
لقد لوحظ في الآونة الأخيرة ازدياد عدد المراجعين للاستشارة النفسية مع ندرة المراجع العربية في العلوم النفسية والسلوكية، من هنا كانت فكرة ترجمة هذا الكتاب ليسد ثغرة من الثغرات الكثيرة في مكتبتنا العربية ويمكننا من فهم طريقة الآخرين في نظرتهم وفهمهم وتقييمهم لسلوك الإنسان..

ومن الجدير ذكره أن هذا الكتاب صُمم بطريقة حاسوبية أمريكية ليوفر استعراضاً سريعاً وواضحاً لمواضيع السلوك الإنساني في حالتي الصحة والمرض.. والمعلومات المتوفرة في فصوله تعرض على شكل نص عددي فائق الاختصار إضافة إلى جداول سهلة مركزة، ليوفر كل فصل مع جداوله وجبة مناسبة من المعلومات الهامة والمحددة بدقة متناهية، واعتمدت في الترجمة بشكل رئيس على المعجم الطبي الموحد وعلى المعجم الشبكي للعلوم النفسية الذي أنجزه الصديق الدكتور جمال التركي ويضم أكثر من 112000 مصطلح نفسي بثلاث لغات هي العربية والانكليزية

والفرنسية وهذا يعادل أكثر من **5000** صفحة ورقية، ويسجل للدكتور التركي هذا الانجاز المميز إضافة إلى تأسيسه لأضخم بوابة أكاديمية للعلوم النفسية العربية على الانترنت (الشبكة العربية للعلوم النفسية *WWW.arabpsynet.com*) محاولاً وضع اللبنات الأولى نحو تأسيس مدرسة عربية للعلوم النفسية وحقق التواصل وبسرعة لأول مرة بين علماء وأطباء النفس العرب..

وكلي أمل أن يسد هذا الكتاب ثغرة من ثغرات المكتبة الطبية العربية عامة والنفسية والسلوكية خاصة ليكون مرشداً للاختصاصي والطبيب والطالب والمرشد النفسي والاجتماعي والتربوي وجميع المهتمين بالعلوم السلوكية والنفسية على انجاز مهامهم وفهم أنفسهم وأطفالهم وأسرتهم والمحيط من حولهم وليشفي بعضاً من غليل القارئ العربي المتعطش للعلم والمعرفة.

أ.د.عبد الرحمن إبراهيم



تطور الطفل[1]

Child Development

I. مرحلة الرضاعة (Infancy) من الولادة حتى 15 شهر

لقطة لمريض 1-1: فتاة صغيرة بعمر 9 أشهر تحافظ على وضعية جلوسها من دون دعم، وبدأت تزحف على يديها وركبتيها. وعندما وُضع الطعام على صينية كرسيّها العالية التقطت كل قطعة بانتباه بإبهامها وسبابتها ووضعتها في فمها، وعندما اقترب منها شخص غير مألوف بدت خائفة وتعلقت بأمها.

هل المهارات الحركية والسلوك الاجتماعي للطفلة متوافقان مع التطور الطبيعي؟ (انظر الجدول 1-1)

A. الارتباط

1. تشكيل اتصال حميم مع الأم أو الراعي الابتدائي هو المهمة النفسية الكبيرة في مرحلة الرضاعة.

2. يتسبب الانفصال عن الراعي الابتدائي في طفل عمره بين 7 إلى 12 شهر في البداية تتبع باكتئاب اتكالي (اكتئاب الحرمان

---

1 للتوسع يرجى العودة إلى كتابي "كيف نفهم الطفل والمراهق" الطبعة الأولى 2007 الصادر عن دار شعاع للنشر والعلوم (المترجم).

العاطفي) Anaclitic depression حيث يصبح الرضيع منعزلاً وغير مستجيب.

3. يتعرض الأطفال بدون أم أو ارتباط مناسب إلى فشل في النمو يشمل:

a. تأخر تطوري.

b. نمو وصحة سيئان.

c. معدّل وفيات عالٍ بالرغم من الرعاية الجسمية الكاملة.

4. برهن **Harry Harlow** أن رُضّع القردة (خصوصاً الذكور) التي تُربى في عزلة متواصلة بواسطة أمهات دمى لا تطور سلوكيات تزوج طبيعي، أمومي أو اجتماعي كالبالغين.

B. التطور الاجتماعي والجسدي

1. التطور الجسدي

a. ينشأ التطور الجسدي بنظامٍ داني وحشي **Proximodistal** ورأسي ذنبي **Cephalocaudal**. مثلاً يستطيع الطفل أن يتحكم برأسه قبل أن يستطيع التحكم بقدميه، ويستطيع التحكم بساعديه قبل أن يستطيع التحكم بأصابعه (الجدول 1-1).

b. تختفي المنعكسات الموجودة في الولادة خلال السنة الأولى من العمر، تشمل هذه المنعكسات منعكس Moro (بسط الأطراف عند الفزع)، Rooting (مص الحلمة)، قبضة راحية (القبض على أشياء وضعت في راحة اليد) ومنعكس Babinski (رفع إبهام القدم لدى ضرب أخمص القدم).

2. يسير التطور الاجتماعي من تركيز داخلي إلى تركيز خارجي (الجدول 1-1).

الجدول 1-1: الخصائص الحركية والاجتماعية والإدراكية للرضيع

العمر (الشهور)	الخصائص الحركية	الخصائص الاجتماعية والإدراكية
2-0	• يتبع الأشياء بالعيون	• مرتاح لسماع صوت أو لحمله.
3-2	• يرفع رأسه عندما يستلقي منبطحاً فيما بعد أيضاً يرفع الكتفين.	• يضحك (ضحكة اجتماعية) ويلفظ (يهدل) في الاستجابة إلى انتباه الإنسان.
6-4	• ينقلب.	• يميز الناس المألوفين.
	• يمكن أن يبقى بوضعية جلوس بلا مساعدة (6 أشهر).	• يشكل اتصالاً مع الراعي الابتدائي.
	• يستخدم قبضة بلا إبهام.	• يكرر صوتاً مفرداً مرة بعد مرة (يثرثر).
11-7	• يزحف.	• يبدي عدم راحة وانسحاباً من الناس غير المألوفين (قلق من الغرباء).
	• يرفع نفسه ليقف.	• يستجيب لتعليمات بسيطة.
	• يستخدم قبضة الإبهام والسبابة (مسك الكلاّب).	• يستخدم الإيماءات (يلوح وداعاً).
	• ينقل أشياء من يد إلى أخرى.	
15-12	• يمشي بلا مساعدة.	• يحافظ على مظهر عقلي للشيء من دون رؤيته (دوام الشيء).
		• يخاف عندما ينفصل عن العنصر الرئيسي (الابتدائي) للصلة (قلق الانفصال).
		• يقول الكلمات الأولى.

C. Infant morbidity and mortality فناء ومراضية الطفل

1. تعرّف الولادة المبكرة بأنها حمل أقل من 34 أسبوعاً أو وزن المولود أقل من 2500 غ. يضع الخداج الطفل في خطر تطور اجتماعي وجسدي آجل، مشكلات سلوكية وعاطفية، خلل القراءة وإساءة إلى الطفل (انظر الفصل 19).

   a. يحدث الخداج في الولايات المتحدة في 6% من ولادات النساء البيض و 13% من ولادات النساء الزنوج.

   b. يرتبط الخداج مع حالة اجتماعية اقتصادية سيئة، حمل مراهقة (في مرحلة المراهقة) وتغذية أمومية سيئة وترتبط الولادة المبكرة أيضاً مع زيادة معدل وفيات الرضع.

2. في الولايات المتحدة، المعدل المتوسط لوفيات الأطفال هو 7.2 في 1000 من الولادات الحية، هذا المعدل هو عالٍ مقارنة مع المعدل في بلدان أخرى متطورة.

3. تترافق الحالة الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة التي ترتبط في جزء منها بالإثنية Ethnicity مع معدل وفيات الطفل العالية (الجدول 1-2).

D. واضعو النظريات التطورية

1. وصف Sigmund Freud التطور بمنطق أجزاء الجسم حيث تستمد أكثر السعادة في كل عمر خلال التطور.

2. وصف Erik Erikson التطور بمنطق (الفترات الحرجة) لإنجاز (لتحقيق) الأهداف الاجتماعية. إن لم يُنجز هدف محدد في عمر محدد فإن الشخص لن ينجز الهدف أبداً.

3. وصف Jean Piaget التطور بمنطق كفاءات التعلم عند الطفل في كل عمر خلال التطور.

4. وصفت Margaret Mahler التطور المبكر كسلسلة متعاقبة من انفصال الطفل عن الأم أو الراعي الابتدائي.

الجدول 1-2: معدل وفيات الرّضّع في الولايات المتحدة

المجموعة الإثنية Ethnic Group	وفيات الرضع من كل 1000 ولادة حية
الزنوج	14.2
Puerto Rican- American والأميركيون الأصليين	8.6 - 8.8
الأمريكيون البيض والآسيويون والإسبان - الأمركيون	5.1 - 6.1

5. وصفت Chess و Thomas الاختلافات الداخلية المنشأ بين الرّضّع في المزاج متضمنة مستوى النشاط، نماذج سلوك دورية (مثل النوم)، الاقتراب والانسحاب من المنبه الجديد، الارتكاس لمنبه Reactivity to stimuli، التكيف Adaptability، المسؤولية، المزاج، Distractibility ومجال الانتباه. تبقى هذه الاختلافات ثابتة طوال الحياة.

II. سنوات الدارج (Toddler) من 15 شهراً إلى 2.5 سنة

لقطة لمريض 1-2: طفل بعمر 18 شهراً يصنع برجاً مستخدماً ثلاث لبنات ويصعد السلالم مستخدماً درجة واحدة كل مرة ويستطيع قول ماما، بابا، Cookie وباي باي. عندما طُلب منه أن يرسم دائرة فإنه قام فقط بوضع إشارة (علامة) على الورقة، ربطت أمه ذلك بأنه يلعب جيداً مع مربيته طالما أنها (الأم) تبقى في الغرفة. عندما حاولت الأم المغادرة، بكى الطفل ورفض أن يبقى مع المربية.

هل المهارات الحركية والسلوك الاجتماعي للطفل متوافقان مع التطور الطبيعي؟ (انظر الجدول 1-3).

A. التعلق (Attachment)

1. المهمة الكبيرة في السنة الثانية من العمر هي انفصال الطفل عن الأم أو الراعي الابتدائي.
2. عند الدخول إلى المشفى فإن الخوف الأكبر للدارج هو الانفصال عن الوالدين أكثر من خوفه من الأذية الجسمية والألم، وهذا بسبب الارتباط الحميم بين الولد والأم في هذا العمر.

B. التطور الاجتماعي والجسدي

1. في السنة 2 على وجه التقريب يكون الطفل في نصف طول قامته عند البلوغ.
2. الخصائص الإدراكية والاجتماعية والحركية للدارج مسجلة في الجدول 1-3.

الجدول 1-3: الخصائص الإدراكية والاجتماعية والحركية لطفل عمره 1.5 إلى 3 سنوات

العمر (السنوات)	الخصائص الحركية	الخصائص الاجتماعية والإدراكية
1.5	• يكوّم 3 لبنات. • يرمي كرة. • يخربش على الورقة. • يصعد الدرج (السلالم) درجة كل مرة.	• يتحرك بعيداً ومن ثم باتجاه الأم (التقارب مع الآخرين). • يستخدم حوالي 10 كلمات. • يقول اسمه.

العمر (السنوات)	الخصائص الحركية	الخصائص الاجتماعية والإدراكية
2	• يكوّم 6 لبنات. • يركل الكرة. • يخلع ملابسه. • يستخدم ملعقة أو شوكة.	• يلعب بجانب الأطفال الآخرين (اللعب الموازي Parallel). • يستخدم حوالي 250 كلمة ويستخدم جملة من كلمتين. • يسمي أجزاء الجسم ويستخدم الضمائر. • الكلمة المفضلة هي لا.
3	• يكوّم 9 لبنات. • يقود دراجة. • يرسم دائرة. • يستخدم المقص. • يستطيع أن يُلبس نفسه جزئياً. • يصعد السلالم مستخدماً التبادل بين القدمين.	• لديه إحساس بالذات كذكر أو أنثى (هوية جنسية للذات). • ينجز تدرب التبول في المرحاض. • يستطيع بارتياح قضاء جزء من النهار بعيداً عن أمه. • يتكلم جمل كاملة. • يحدد بعض الألوان.

III. طفل ما قبل المدرسة Preschooler من عمر 3 إلى 6 سنوات

لقطة لمريض 1-3: طفل صغير بعمر 4 سنوات يلبس نفسه مع مساعدة صغيرة لكن لا يستطيع بعد ربط أربطة حذائه. إنه يستمتع بالذهاب إلى مركز الحضانة يومين في الأسبوع ويلعب جيداً مع أصدقائه. ويلعب أحياناً مع أصدقاء خياليين في الأيام التي لا يوجد فيها مدرسة.

هل السلوك والمهارات الحركية للطفل متوافقان مع التطور الطبيعي؟ (انظر الجدول 1-4).

A. التعلق Attachment

1. الانفصال. يستطيع الطفل في حوالي السنة 3 من العمر أن يمضي جزء من النهار مع البالغين غير الوالدين (مثلا في الروضة Preschool).
2. لا يوجد دليل على أن الانفصال اليومي عن الوالدين العاملين في حضانة نهارية جيدة العناية جيد له نتائج سلبية طويلة الأمد على الأطفال.
3. الموت. الطفل ربما لا يفهم بشكل كامل معنى الموت وربما يتوقع أن صديقا، قريبا أو شقيقا مات سوف يعود للحياة.

B. الخصائص الاجتماعية والجسدية لطفل ما قبل المدرسة مسجلة في الجدول (1-4).

IV. طفل عمر المدرسة 7 إلى 11 سنة

لقطة لمريض 1-4 : طفل صغير بعمر 9 سنوات أخبر أستاذه أنه يريد عندما يكبر أن يصبح مثل والده. درس جيدا في المدرسة وأحب جمع بطاقات البيسبول والطوابع البريدية. لعب دور الهداف في فريق كرة القدم، وكان حذرا في ملاحظة القواعد. كل أصدقائه هم فتيان وبدا عليه اهتمام بسيط في قضاء الوقت مع الفتيات.

هل السلوك الاجتماعي والمهارات الحركية للطفل متوافقان مع التطور الطبيعي؟ (انظر IV : A و B).

A. التعلق Attachment

1. يزداد التعلق بالناس أكثر من الوالدين بما فيهم الأساتذة وقواد الجماعة والأصدقاء (خصوصا أصدقاء من نفس الجنس).

الجدول 1-4: الخصائص الإدراكية والاجتماعية والحركية للطفل بعمر 4-6 سنوات

العمر (السنوات)	الخصائص الحركية	الخصائص الاجتماعية والإدراكية
4	• يبدع رسماً بسيطاً لشخص	• قلق من المرض والأذية
	• يزرر قمصانه (أثوابه)	• فضول للجنس (يلعب دور "الطبيب")
	• تهيئ نفسها (تفرّش أسنانها)	• لديه كوابيس ورهابات
	• تثب على قدم واحدة	• لديها أصدقاء خياليين
	• ترمي كرة	• تلعب متعاونة مع الأولاد الآخرين
	• ينسخ صليباً	• لديها تعابير ذاتية لفظية جيدة
5	• يرسم شخصاً بتفاصيل	• يتنافس مع الوالد من نفس الجنس لحبه للوالد من الجنس المغاير (النزاع الأوديبي) (Odipal conflict).
	• يقفز مستخدماً تبادل الأرجل	
	• ينسخ مربعاً	
6	• يربط ربطات الحذاء	• يبدأ بتطوير القيم الخلقية
	• يقود دراجة	• يفهم نهائية الموت
	• ينسخ مثلثاً	• يبدأ القراءة
	• يطبع الأحرف	

2. يتوافق الطفل مع الوالد من نفس الجنس وتكون الأمور الجنسية معلقة وساكنة.

3. هذه هي المجموعة العمرية الأفضل لإجراء الجراحة الانتقائية لأن أطفال عمر المدرسة يتأقلمون مع الانفصال عن الوالدين ويتحملون الإقامة في المشفى بشكل نسبي جداً.

4. ربما يستجيب الأطفال الذين هم مع أشقاء أو والدين مرضى أو محتضرين من خلال التصرف بشكل سيئ في المدرسة أو المنزل (استخدام آلية الدفاع للفعل الزللي، انظر الفصل 4).

B. التطور الاجتماعي والجسدي

1. يطور الطفل المقدرة على عرض (أداء) مهارات حركية معقدة (لعب الكرة، قيادة دراجة هوائية والقفز بالحبلة).

2. الخصائص الإدراكية والاجتماعية لطفل عمر المدرسة واردة في الجدول 1-5.

الجدول 1-5 : الخصائص الإدراكية والاجتماعية للنظريات التطورية لأطفال عمر المدرسة

واضعو النظريات التطورية	النظرية	الخصائص الاجتماعية والإدراكية
Erikson	مرحلة المثابرة مقابل النقص	• الطفل كادح ومنظم وبارع أو يشعر بأنه غير كفؤ في تفاعلاته مع العالم.
Freud	تطور الأنا العليا Superego	• يطور الطفل الحس الأخلاقي بالصح والخطأ ويتعلم أن يتبع القوانين.
Piaget	مرحلة العمليات الواقعية	• يطور الطفل القدرة على التفكير المنطقي ويستطيع الطفل أن يقيم أن الأشياء لها أكثر من خاصية (شيء يمكن أن يكون أحمر ومعدناً).
	مفهوم المحادثة	• يفهم الطفل أن كمية المادة تبقى نفسها بغض النظر عن حجم الإناء الموجودة فيه (مقدار الماء هو نفسه إذا كان الأنبوب طويلاً ونحيلاً أو القارورة قصيرة وواسعة).

أجوبة على أسئلة لقطة المريض

1-1 السلوك والمهارات الحركية للطفل متوافقان مع تطور طبيعي، يستطيع الرضيع في الشهر 9 من العمر الجلوس والزحف واستخدام الكلابة (السبابة والإبهام) ويبدو أيضاً (قلقاً من الغرباء) عندما يقترب منه شخص غير مألوف.

2-1 السلوك والمهارات الحركية للطفل متوافقان مع تطور طبيعي، يستطيع الأطفال من الشهر 18 من العمر تكويم (تكديس) ثلاث لبنات وتسلق السلالم درجه واحده كل مرة ويقولون بضع كلمات مفردة. لا يستطيعون بعدُ رسم الأشكال ويُظهرون أيضاً قلق الانفصال عند ترك الراعي الابتدائي.

3-1 السلوك والمهارات الحركية للطفل متوافقان مع تطور طبيعي، يستطيع الأطفال في السنة 4 من العمر أن يلبسوا ولا يستطيعون ربط أحذيتهم حتى السنة 6 من العمر. يستطيعون قضاء وقت مع بصحبة البالغين أكثر من الوالدين وربما يكون لديهم أصدقاء خياليون.

4-1 السلوك والمهارات الحركية للطفل متوافقان مع تطور طبيعي يتوافق الأطفال في السنة 9 من العمر مع والدهم من نفس الجنس ويريدون أن يكونوا مثله أو مثلها ويستمتعون بامتلاك مجموعات من الأشياء ويطورون شعوراً بالفضيلة وهم مدركون جداً لاتباع القوانين.





المراهقة وسن البلوغ

Adolescence and Adulthood

I. المراهقة من 11 إلى 20 سنة

لقطة المريض 2-1: طفل بعمر 16 سنة لديه علاقة جيدة وطويلة مع طبيب عائلته فقد أخبر طبيبه أنه أحياناً يدخن السجائر ويشرب البيرة في العطل الأسبوعية مع أصدقائه، وأنه غالباً ما يستمني بيده كل يوم وإنه جيد في المدرسة وهو قائد فريق البيسبول فيها.

هل سلوك هذا المراهق متوافق مع التطور الطبيعي للمراهق؟ هل سيتدخل الطبيب؟ وإذا فعل، كيف؟ (انظر I : A و B).

A. المراهقة المبكرة (11-14 سنة)

1. يُميز البلوغ من خلال:

a. بدء الإحاضة (Menarche) في البنات الذي يبدأ بشكل عادي بعمر 11-12 سنة.

b. القذف الأول في الصبيان الذي يحدث بشكل عادي بعمر 13-14 سنة.

c. تشكيل ونمو إدراكي للشخصية.

d. تبلور الدوافع الجنسية والنشاط الجسدي.

2. أي تغيّرات في الأنماط التطورية المتوقعة (مثل العد، البدانة، نمو الصدر المتأخر) ربما تؤدي إلى مشكلات نفسية.

B. المراهقة المتوسطة (14-17) سنة:

1. هناك انشغال بأدوار الجنس وصورة الجسد والشعبية.

2. من الشائع حبه لأشخاص مستحيلي الإدراك (Crushes) وتفضيل قضاء الوقت مع الأصدقاء أكثر من العائلة.

3. قد تحدث تجارب جنسية، وتلعب البيئة الاجتماعية وطبيعة ثقافة الحضارة دوراً في ذلك.

4. ربما يحدث سلوك متسم بالمخاطرة (مثل التدخين وسوء استعمال الدواء). يجب على الطبيب أن يعلمه بالنتائج القصيرة الأمد (مثلاً التدخين سيلطخ أسنانك) وهذا خير من تهديد بالنتائج طويلة الأمد (سيتطور إلى سرطان رئة) في تغيير هذا السلوك.

5. يقاوم المراهقون كونهم مختلفين عن أقرانهم وهذا بدوره يمكن أن يقود إلى عدم مطاوعة للمعالجة والنصيحة الطبية.

C. المراهقة المتأخرة (17-20 سنة)

1. التطور

a. يطوّر المراهق أخلاقه وقيمه Ethics ويملك نفسه ويهتم بالمواضيع الإنسانية وأمور ومشكلات العالم.

b. يطوّر بعض المراهقين وليس جميعهم المقدرة على التفكير المجرد (مرحلة العمليات الواقعية Piaget).

2. تتطور بشكل مألوف الأسئلة عن الهوية الذاتية (مثلاً أزمة هوية، Identity crisis):

a. إذا كانت أزمة الهوية غير ملموسة بشكل فعّال فإن المراهق ربما يعاني من تشوش الدور حيث لا يعرف إلى ماذا ينتمي في العالم.

b. ربما يُظهر المراهق مع تشوش الدور شذوذات سلوكية مع الجريمة أو الاهتمام في الأديان.

D. الحمل والجنس المراهق

1. النشاط الجنسي

a. في الولايات المتحدة، أول اتصال جنسي يحدث في عمر 16 سنة تقريباً. وفي عمر 19، ويكون 80% من الرجال و 70% من النساء لديهم علاقات جنسية ولكن فقط حوالي 33% من المراهقين يستخدمون بانتظام وسائل منع الحمل.

b. في أمريكا ينصح الأطباء القاصرين ويزودونهم بحبوب منع الحمل ويعالجونهم ضد الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس بدون معرفة الأهل (انظر أيضاً الفصل 22).

2. الحمل Pregnancy

a. حمل المراهقة هو مشكلة اجتماعية خطيرة في الولايات المتحدة. تلد المراهقات الأمريكيات 600.000 رضيع تقريباً ولديهن تقريباً 400000 عملية إجهاض كل سنة.

b. تشمل العوامل المؤهبة لحمل المراهق: اكتئاب، أهداف وإنجاز جامعي منخفض وتخطيط سيئ (ضعيف) للمستقبل ولديه أبوان مطلقان.

c. الإجهاض هو شرعي في الولايات المتحدة لكن مطلوبة الموافقة الأبوية في معظم الولايات.

d. إن المراهقات الحوامل هن في خطر كبير بسبب المضاعفات القبالية لأنهن أقل ملاءمة ليحصلن على الاهتمام قبل الولادة ولأنهم غير ناضجات جسدياً.

II. البلوغ المبكر من 20-40 سنة

لقطة لمريض 2-2: امرأة متزوجة بعمر 27 سنة تُظهر مزاجاً باكِياً وحزيناً في اليوم الذي يلي وضعاً طبيعياً لطفلة أنثى معافاة (سليمة). أخبرت الطبيب أنها تشعر بالحزن والرغبة في البكاء بشكل متقطع من دون سبب ظاهر ولكنها تبدو متأنقة بشكل ذلك وتؤول ذلك بكونها تستمتع بزيارات من أصدقائها وأقربائها. وبعد مضي خمسة أيام اختفى البكاء وشعرت أنها "كما كانت ثانية".

ماذا عانت هذه المرأة وهل كانت استجابتها العاطفية ضمن النطاق الطبيعي؟ (انظر II B 2 c).

A. الخصائص

1. يُحدد دور البالغ في المجتمع من خلال ذروات النمو الجسدي ويطور البالغ استقلالاً (حرية).

2. في السنة 30 من العمر تقريباً هناك فترة لإعادة (تقييم، فحص، تخمين) Reappraisal لحياة الشخص.

B. بدء عائلة جديدة

1. الزواج :

a. الزواج أو أي نوع من العلاقة الحميمة التي تحدث (مثل قرين جنسي) (مرحلة المودة مقابل العزلة لـ Erikson).

b. في السنة 30 من العمر 60% إلى 70% من الأميركيين متزوجون ولديهم الأطفال.

2. إنجاب الأطفال :

a. الولادة الطبيعية (المهبلية) النساء الذين ثُقّفوا عن ما يُتوقع حدوثه في الولادة، لديهن جهود أقصر وعلاقات ابتدائية أفضل مع أطفالهم.

b. الولادة القيصرية

1) ازداد معدل الولادة القيصرية من 5% في الستينات إلى 21% في أواخر التسعينات.

2) يزداد الآن معدل الولادات القيصرية في الاستجابة بدليل أن النساء غالباً ما يخضعن لاجراءات جراحية غير ضرورية.

c. ارتكاسات ما بعد الوضع **Postpartum reactions** : يعاني الكثير من النساء من ارتكاسات عاطفية بعد الولادة (المخاض) تشمل هذه الارتكاسات "ازرقاق" بعد الوضع أو "ازرقاق الطفل" (يعتبر داخل المجال الطبيعي للعواطف) كما هو أيضاً الاكتئاب الرئيس والذهان (يعتبر الاثنان شاذين) (الجدول 2-1).

d. التبني **Adoption** : الوالد المتبّني هو الشخص الذي يصبح طواعية الوالد الشرعي لطفل ليس من ذريته أو ذريتها الوراثية

(الجينية). يجب أن يُخبر الأطفال أنهم مُتبنون حالما يفهمون اللغة وفي أبكر عمر ممكن.

الجدول 2-1 : ارتكاسات أمومية بعد الوضع

الارتكاس	الحدوث	الخصائص	تدخل الطبيب
ازرقاق بعد الوضع	33% - 50%	• شعور بالحزن والبكاء • تستمر العوارض أسبوعاً واحداً بعد الوضع	• دعم • نصيحة عملية عن الاعتناء بالطفل
اكتئاب رئيس	5% - 10%	• شعور باليأس والعجز • نقص السعادة أو الاهتمام بالنشاطات المألوفة (المعتادة) • عوارض تبدأ عادةً في الأسابيع الأربعة بعد الوضع.	• دواء مضاد للاكتئاب • برنامج (جدول زيارات دائم
ذهان بعد الوضع	0.1% - 0.2%	• هلوسات و/ أو توهمات • ربما تؤذي الأم الطفل • أعراض تبدأ عادةً من 2 إلى 3 أسابيع بعد الوضع	• دواء مضاد للذهان • الاستشفاء

III. سن البلوغ المتوسط من 40 إلى 65 سنة

لقطة لمريض 2-3 : مهندسة ناجحة في السنة 50 من العمر أخبرت طبيبها الداخلي أنها اشترت منذ لحظات سيارة سباق غالية الثمن. قالت عند شرح شرائها (ما اشترته). لقد أدركت (تيقنت) أنه من الأفضل لي أن أقتني الأشياء التي أردتها دائماً لأنني لم أحصل عليها سابقاً.. فأنا أحب أن أبقى أصغر سناً.

هل الاستجابة العاطفية لهذه المرأة مألوفة بين الناس من مجموعتها العمرية؟

(انظر 1 B III).

A. **الخصائص**

1. لدى بالغي منتصف العمر نفوذ وقوة أكثر من مراحل العمر الأخرى.
2. يحافظ الشخص إما على إحساس مستمر بالإنتاجية أو يطوّر إحساساً بالفراغ (الإنتاجية مقابل الركودة "Erikson").

B. **العلاقات**

1. يتعرض العديد من الرجال وبعض النساء في منتصف الأربعينيات وبداية الخمسينيات إلى تغيّر في العمل أو العلاقة الزوجية (أزمة منتصف العمر) وهي ربما تشمل:
   a. تغيير في المهنة أو نمط الحياة.
   b. خيانة، انفصال أو طلاق.
   c. استعمال مفرط للكحول والأدوية.
   d. اكتئاب.
2. تتوافق أزمة منتصف العمر مع إدراك شخصي للكِبر ومعدل الوفيات وتغيرات قاسية أو غير متوقعة في نمط الحياة (موت القرين الزوج أو الزوجة)، فقدان العمل، مرض خطير.

C. **الإياس هو تضاؤل الوظيفة الفيزيولوجية التي تحدث خلال منتصف العمر.**

1. في الرجال، بالرغم من أن مستويات الهرمون لا تتغير بشكل هام لكن يحدث نقص في القوة العضلية، وفي الجَلَد والأداء الجنسي.
2. في النساء، يحدث اليأس (انقطاع الطمث).
   a. تتوقف وظيفة المبيضين وتتوقف الإحاضة حوالي عمر 50.

b. تعاني معظم النساء من انقطاع الطمث مع بعض المشكلات النفسية والجسدية نسبياً.

c. عدم استقرار المحرك الوعائي أو التوهجات الحارة (أو التبيّغ) Hot flashes، هي مشكلة جسدية شائعة تظهر لدى النساء في كل البلدان والثقافات. ربما تستمر لسنوات أو يمكن تهدئتها مع معالجة بديلة للإستروجين Estrogen replacement therapy.

d. يجب أن يستمر استخدام إجراءات (تدابير) منع الحمل حتى سنة بعد آخر فترة حيضية.

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

1-2 سلوك هذا المراهق متوافق مع ذلك الطبيعي في عمر 16 سنة. غالباً يجرّب المراهقون من هذا العمر التدخين وشرب الكحول. الاستمناء اليومي هو طبيعي. من غير المحتمل أن هذا المراهق لديه مشكلة مع سوء استعمال المادة لأنه يعمل حسناً في المدرسة وفي النشاط المدرسي ولو أن الوالدين ليس من واجبهم أن يعلموا سلوكه (انظر الفصل 22) فإن الطبيب يجب أن يرى هذا المراهق على وتيرة منتظمة ليتابعه ويوعيه بسلوكه المتسم بالمخاطر.

2-2 هذه المرأة عانت من ازرقاق بعد الوضع أو "ازرقاق الطفل" وهو ارتكاس طبيعي يتبع الوضع، يشمل ازرقاق الطفل بكاء ومشاعر حزينة. إنها تدوم بضعة أيام إلى أسبوع بعد الوضع وغالباً يُحل من دون تدخل طبي.

3-2 الرد العاطفي أو "أزمة منتصف العمر" الذي شُوهد في هذه المريضة، إنه يُرى بشكل شائع بين الناس من مجموعة عمرها (مجموعتها العمرية) وإنها مدركة لفنائها وكبرها وتطلب أن تدرك (تحقق) رغباتها وهي ما تزال قادرة أن تعمل جيداً.



الكِبر، الموت والفقدان

Aging, Death, and Bereavement

I. الكِبر Aging

لقطة لمريض 3-1 : امرأة بعمر 78 سنة تبدو متأنقة جيداً ونشيطة (يقظة) أخبرت طبيبها أنها تحتاج بعض المساعدة عند شراء الطعام وتنظيف المنزل، ولكن تطبخ لنفسها وتشعر أنها تعمل (تصنع) حياة جيدة لنفسها. لاحظت أنه بالرغم من أنها تتذكر أعياد ميلاد أفراد عائلتها إلا أنها تنسى أحياناً أسماء الناس الذين قابلتهم للتو.

هل مستوى السلوك والأداء لهذه المرأة متوافقان مع الكِبر الطبيعي؟ (انظر C I).

A. إحصائيات سكانية

1. بحلول عام 2020 سيكون أكثر من 15% من سكان الولايات المتحدة بعمر 65 سنة وما فوق.
2. أسرع مجموعة عمرية نمواً بين السكان هم الذين أكبر من 85 سنة.
3. معدل الحياة المأمولة (مأمولات الحياة) في الولايات المتحدة هو حوالي 76 سنة.

a. تتفاوت الحياة المأمولة بشكل كبير وفقاً للجنس والعرق (الجدول 1-3).

b. بما أن الرجال يعيشون أطول والزنوج يعيشون أطول فإن الاختلافات في الحياة المأمولة بين المجموعات العرقية والجنس تتناقص.

B. التغيّرات الجسمية

1. تشمل التغيرات الجسمية التي تتوافق مع الكِبر:

a. اضطراب الرؤية والسمع والتحكم بالمثانة والاستجابة المناعية.

b. نقص الوظيفة الكلوية والرئوية والمعدية المعوية (الهضمية)، ونقص الكتلة والقوة العضلية.

c. زيادة المخزون الدهني.

d. تخلخل العظام.

2. تشمل التغيّرات الدماغية نقص الجريان الدموي للمخ ووزن الدماغ وزيادة حجم البطينات والأخاديد الدماغية وزيادة وجود الصفائح الشخوخية والتشابكات الليفية العصبية (حتى في دماغ كبير السن الطبيعي).

الجدول 1-3 : الحياة المأمولة في الولايات المتحدة

	زنوج African- American	البيض
الرجال	66 سنة من العمر	74 سنة من العمر
النساء	74 سنة من العمر	80 سنة من العمر

C. التغيّرات الفيزيولوجية

1. يبقى الذكاء بشكل تقريبي نفسه مدى الحياة بالرغم من أن سرعة التعلم ربما تنقص ويحدث زوال بعض الذاكرة.

2. لا تتدخل مشكلات الذاكرة للمسن الطبيعي مع الأداء الاجتماعي أو الاهتمام الذاتي (الشخصي).

3. يعاني المسن من مرحلة اليأس مقابل سلامة الذات لـ Erikson سواء كان الشخص فخوراً أو مقتنعاً بإنجازاته أو إنجازاتها أو يعاني من شعور بعدم القيمة، ومعظم الناس يحققون سلامة الذات Ego- integrity.

D. الإمراضية النفسية Psychopathology في المسن

1. الاكتئاب هو الاضطراب النفسي الأكثر شيوعاً في المسن.

a. تشمل العوامل المرتبطة بالاكتئاب عند المسن فقدان القرين (الزوج أو الزوجة)، أفراد العائلة والأصدقاء وفقدان الاحترام وضعف الصحة (انخفاض).

b. ربما يحاكي الاكتئاب (وهكذا يشخص خطأً) مرض الزهايمر Alzheimer (العته الكاذب Pseudodementia) لأن الاكتئاب عند المسن يترافق مع فقدان الذاكرة ومشكلات في الإدراك.

c. الاكتئاب يمكن أن يُعالج بنجاح بالعلاج النفسي والعلاج الدوائي والعلاج بالصدمة الكهربائية.

2. يؤدي تغير نماذج النوم إلى نقص النوم، كمية نوم سيئة أو الاثنين معاً.

3. ربما يتوافق القلق مع فقدان الأمن والحالات المولّدة للقلق مثل مرض جسمي.

4. توجد الاضطرابات المتعلقة بالكحول في 10% إلى 15% من المسنين ولكن غالباً ما لا تحدد.

5. ربما تُنتج العقاقير المنشطة تأثيرات في المرضى المعمرين مختلفة عنها في الشباب.

E. يرتبط طول العمر بعدة عوامل تشمل

1. تاريخ العائلة في طول العمر.

2. النشاط الجسمي والمهني المستمر.

3. التعليم العالي (المتقدم).

4. أنظمة الدعم الاجتماعي متضمنة الزواج.

II. الموت، الوفاة والفقدان

لقطة لمريض 3-2: رجل بعمر 78 سنة توفيت زوجته منذ 6 أشهر مضت، حضر إلى طبيب من أجل فحص جسدي عام، إن ثيابه متسخة وغير حليق اللحية. أخبر طبيبه أنه يبكي عدة مرات في اليوم عندما يفكر بزوجته، ولديه اهتمام ضعيف بالطعام والنشاطات الاجتماعية.

هل الرد العاطفي لهذا الرجل لفقدان زوجته هو ضمن النطاق الطبيعي؟ وإن صح، فكيف؟ (انظر الجدول 3-2).

A. **مراحل الموت**. بالنسبة لـ Elizabeth Kubler-Ross فإن عملية الموت تتضمن خمس مراحل وهي تحدث في الترتيب التالي. ومن جهة ثانية ربما تحدث في نفس الوقت أو في ترتيب آخر.

1. الإنكار Denial. ترفض المريضة تصديق أنها تحتضر (التقرير المخبري كان خطأً).

2. الغضب Anger. ربما يصبح المريض غاضباً على الطبيب المعالج والمشفى (كان ينبغي عليك أن تجعلني آتي أكثر).

الجدول 3-2 : خصائص الفقدان (حزن طبيعي) والاكتئاب (حزن شاذ غير طبيعي)

الفقدان Bereavement	الاكتئاب Depression
• اضطرابات نوم بسيطة	• اضطرابات نوم مهمة
• بعض مشاعر الذنب	• شعور بالتفاهة
• انخداعات (انظر الفصل 11)	• هلوسات وتوهمات (انظر الفصل 11)
• مشاعر الحزن	• أفكار ومحاولات الانتحار
• خسارة وزن صغيرة (< 3 أرطال)	• خسارة وزن مهمة (< 8 أرطال)
• نظافة وأناقة جيدة	• أناقة سيئة
• محاولات للعودة إلى الروتين الطبيعي	• محاولات أقل للعودة إلى الروتين الطبيعي
• أعراض شديدة تستمر أقل من شهرين	• أعراض شديدة تستمر أكثر من شهرين
• أعراض معتدلة تستمر أقل من سنة	• أعراض معتدلة تستمر أكثر من سنة
• يشمل العلاج زيادة الاتصال مع الطبيب وجماعات الدعم والاستشارة والمهدئات قصيرة المفعول للنوم إن لزمت	• يشمل العلاج مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان أو العلاج بالصدمة الكهربائية

3. المقايضة Bargaining : ربما يحاول المريض أن يعقد اتفاقاً (صفقة) مع الله أو بعض الشخصيات السامية (النبيلة) (Higher being) (أنا أقسم أن أذهب إلى الكنيسة كل يوم إذا استطعت التخلص من هذا المرض).

4. الاكتئاب Depression : يصبح المريض مشغول البال بالموت أو ربما يصبح منفصلاً عاطفياً (أنا أشعر باليأس والعجز أو الضعف).

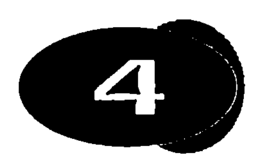
5. القبول Acceptance : المريضة هادئة وتقبل بقدرها (تؤمن) (أنا أمّنت نفسي وأنا جاهزة للموت).

B. الفقدان (الحزن الطبيعي) مقابل الاكتئاب (الحزن غير الطبيعي): هناك ارتكاس حزن طبيعي بعد خسارة شخص محبب وخسارة جزء من الجسم والإجهاض ويجب أن يُميّز عن الاكتئاب المرضي (الجدول 3-2).

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

3-1 مستوى السلوك والأداء لهذه المرأة التي يبلغ عمرها 78 سنة متوافق مع الكِبر الطبيعي. فقدان الذاكرة Lapses كما وُصفت يحدث بشكل شائع في الناس المعمرين لكن لا يتدخل مع الأداء الاجتماعي أو الاهتمام الذاتي.

3-2 يبدي الرجل بعمر 78 سنة استجابة حزن غير طبيعية واكتئاباً. ولديه اهتمام ذاتي سيئ واهتمام ضعيف بالطعام ولا يوجد أي اهتمام بالنشاطات الاجتماعية بالرغم من أن بعض الحزن هو طبيعي بعد 6 أشهر من فقدان القرين إلا أن هذا الرجل يجب أن يكون لديه بعض المحاولات ليعود إلى نمط حياته السابقة. على الطبيب أولاً أن يخمن إمكانية الانتحار Suicidality ومن ثم يجب أن يُعالج بمضادات الاكتئاب وأن يُراقب من قبل الطبيب على وتيرة مستمرة.



نظرية التحليل النفسي

Psychoanalytic Theory

لقطة لمريض 4-1: لدى هذه المريضة غضب غير معروف تجاه طبيبها لأنه حذف (ألغى) موعدها الأخير وعندما رأته بدلاً من أن تعبّر عن غضبها فقد أطرته بإسراف على الزينة في مكتبه.

ما الآلية الدفاعية التي تستخدمها هذه المريضة؟ (انظر الجدول 4-1).

I. عمليات عقلية لا واعية

نظرية التحليل النفسي التي أنشئت من قبل سيغموند فرويد تعتمد فكرة أن القوى المحركة للسلوك تنشأ عن سيرورات عقلية لا واعية.

يعتمد التحليل النفسي والعلاجات المرتبطة به على هذه الفكرة وتنبع نظريات فرويد الرئيسة عن العقل عن:

A. النظرية الطبوغرافية عن العقل

1. يحتوي العقل اللا واعي أفكاراً ومشاعر مكظومة وهي غير متناولة (معروفة) للعقل الواعي.

a. السيرورة الأولية : هي نموذج من التفكير يرتبط مع الدوافع البدائية وتحقيق الرغبة والسعادة ولا تشمل الوقت والمنطق.

b. تمثل الأحلام إشباع الدوافع البنيوية اللا واعية وتحقيق الرغبة.

2. يحتوي العقل ما قبل الوعي الذواكر التي لا تتوافر بشكل جاهز لكن يمكن إحضارها Can be accessed إلى العقل الواعي.

3. يحتوي العقل الواعي على أفكار يذكرها الشخص حالياً لكن لم تصل إلى العقل اللا واعي.

B. النظرية البنيوية في العقل

تعمل الأجزاء الثلاثة في العقل الهو (Id) والأنا (Ego) والأنا الأعلى (Super Ego) بشكل رئيس على مستوى اللا وعي.

1. الهو (Id)

a. يمثل الهو الدوافع الجنسية الغريزية والعدوانية.

b. يتحكم الهو بعملية التفكير الأولية.

c. لا يتأثر الهو بالواقع الخارجي.

2. الأنا (Ego)

a. يتحكم الأنا بالتعبير عن الهو للتكيف مع متطلبات العالم الخارجي.

b. يحافظ الأنا على تلبية العلاقات بين الشخصية.

c. من خلال اختبار الواقع (يقيّم باستمرار ما هو متوفر ومن ثم يكيف ذلك مع الواقع) فإن الأنا يحافظ على إحساس بالواقع فيما يخص الجسم والعالم الخارجي.

3. الأنا الأعلى (superego) يتحكم أيضاً بإشباع دوافع الهو ويمثل القيم الخلقية والضمير.

II. التحليل النفسي والعلاجات المرتبطة به

A. مقدمة

1. إن التحليل النفسي والعلاجات المتعلقة به (العلاج الديناميكي المختصر) هي تقنيات علاجية تعتمد نظرية فرويد عن العقل اللاواعي وآليات الدفاع.

2. إن الاستراتيجية الرئيسة في هذه العلاجات هي أن تكشف وبعد ذلك تدمج ذكريات مكبوتة في شخصية الفرد.

3. المرضى الملائمون للتحليل النفسي هم الأصغر من 40 سنة، الأذكياء، غير الذهانيين لديهم علاقات جيدة مع الآخرين ولهم موقع حياتي ثابت ولديهم الوقت والمال لهذا العلاج، ويستغرق النظام النموذجي للتحليل النفسي جلسات 1 ساعة من 4 إلى 5 مرات أسبوعياً لفترة 3-4 سنوات.

B. **التقنيات تتضمن هذه العلاجات الارتباط الحر** (حيث يقول المريض ما يجول في عقله) وتفسير الأحلام وتحليل ارتكاس الإنقال.

1. يحدث ارتكاس الإنقال عندما يعاني المريض خلال العلاقة الحاضرة مع المعالج من مشاعر غير واعية ماضي والديه (أو أشخاص آخرين مهمين)، وإن هذه الارتكاسات في التحليل النفسي هي محللة ومحددة.

2. تحدث ارتكاسات الإنقال المعاكس عندما يقوم المعالج في اللاوعي بإعادة معاناة مشاعر عن والديه (أو أشخاص آخرين مهمين) مع المريض. يجب أن تحدد هذه الارتكاسات لأنها قد تغير حكم المعالج.

III. آليات الدفاع

A. التعريف: آليات الدفاع هي تقنيات عقلية غير واعية تُستخدم من قِبَل الأنا للإبقاء على الصراعات خارج الوعي، وبالتالي تقلل من القلق وتحافظ على شعور الفرد بالأمان والتوازن واحترامه لذاته.

B. التصنيف (الجدول 4-1)

1. آليات دفاع غير ناضجة (مثلاً: الزلل acting out، التراجع، الشطر) هي توضيحات للسلوك المضطرب أو الطفلي.

2. آليات دفاع ناضجة (مثلاً: الغيرية، الفكاهة، التسامي والكبت) هي توضيحات تكيفية لحياة صحية وطبيعية لراشد.

الجدول 4-1 : آليات الدفاع

آلية الدفاع	الشرح	لقطات لمريض
الزلل acting out	• تجنب المشاعر الشخصية غير المقبولة بالتصرف بشكل يجلب الانتباه وغالباً بشكل غير مناسب اجتماعياً.	• مراهق له شقيق شاب مريض نهائياً بدأ يعمل بشكل سيئ في المدرسة ويتجادل مع والديه في المنزل.
الغيرية altruism	• مساعدة الآخرين بغير أنانية لتجنب المشاعر الشخصية السلبية.	• امرأة لديها صورة سيئة عن الذات تعمل في مطعم فقراء في يوم عطلتها من شغلها المنتظم.

آلية الدفاع	الشرح	لقطات لمريض
الإنكار denial	• لا يصدق حقائق لا يحتملها عن الواقع.	• رجل لديه احتشاء عضلي قلبي يقوم بعملية الدفع للأعلى على الأرض في وحدة عناية مركزة.
التزحزح	• نقل المشاعر من موضع غير مقبول شخصياً إلى آخر يكون قابل للتحمل شخصياً.	• الرجل الغاضب على رئيسه يصرخ على زوجته.
التفارق	• الفصل فكرياً لجزء من شخصية الفرد.	• المرأة التي أُسيء إليها جنسياً عندما كانت طفلة لديها شخصيتان متميزتان في سن البلوغ.
الفكاهة	• التعبير عن المشاعر بدون التسبب بازعاج.	• الرجل الذي لديه رجل مبتورة يختلق النوادر على الناس الذين لديهم رجل واحدة.
التماثل	• محاكاة بلا وعي لتصرف الشخص وبعد ذلك لتصرف شخص أكثر قوة.	• رجل تعرض للإساءة الجسمية في مرحلة الطفولة يسيء إلى أطفاله.
العقلنة	• استعمال الوظائف العليا للعقل لتجنب معاناة غير مريحة للعواطف.	• طبيب تلقى تشخيصاً لسرطان معثكلي يشرح بإفراط إحصائيات المرض لزملائه وعائلته.
الإسقاط	• عزو المشاعر الشخصية غير المقبولة إلى الآخرين.	• رجل لديه مشاعر جنسية تجاه زوجة أخيه بدأ يعتقد بأن امرأته تخونه.
التبرير	• فيما يبدو أنه أعطيت شروحات منطقية لمشاعر غير منطقية أو غير مقبولة.	• طالب فشل في الامتحان الأخير، قال إن المقرر التعليمي لم يكن هاماً على أية حال.
تشكيل ارتكاس	• إنكار مشاعر غير مقبولة ومواقف معاكسة وتبني سلوكاً غير واعٍ.	• رجل غير واعٍ ممتعض من مسؤوليات الاهتمام بالطفل اشترى لأطفاله هدايا غالية الثمن.

آلية الدفاع	الشرح	لقطات لمريض
التراجع	• نماذج طفلية للسلوك تظهر تحت الضغط.	• مريض أُدخل إلى المستشفى أصرّ أنه سيأكل المقالي الفرنسية والمثلجات فقط.
الشطر	• يعتقد أن الناس أو الأحداث هي إما كلها سيئة أو كلها جيدة بسبب عدم تحمل الغموض.	• امرأة اعتقدت أن طبيبها شبيه بالإله بدأت تفكر أنه شخص مخيف بعد أن تأخر عن موعد معها.
التسامي	• دافع غير مقبول وغير واعٍ أُعيد صياغته بطريقة مقبولة اجتماعياً.	• رجل غاضب على رئيسه يلعب لعبة قاسية بكرة المضرب
الكبت	• مشاعر غير مرغوب بها وضعت بشكل واعٍ جانباً ولكن لم تكظم.	• قررت مريضة بسرطان الثدي أنها ستقلق على مرضها لحوالي 10 دقائق فقط في اليوم.

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

1-4 تستخدم هذه المريضة آلية دفاع تشكيل الارتكاس لأنها تحترم طبيبها فإنهالم تقبل (ولا مدركة بوعي لـ) غضبها تجاهه، وحتى إنها تكون أكثر ودية وإطرائية complimentary أكثر مما هو متوقع عندما تكون معه.



نظرية التعلم والطب السلوكي

Learning Theory and Behavioral Medicine

I. مقدمة

A. التعلم هو اكتساب نماذج السلوك.

B. تشمل طرائق التعلم التكييف الكلاسيكي والتكييف المؤثر، يشكل هذان النوعان من التكييف الأساس لعدد من أساليب المعالجة السلوكية.

II. التكييف الكلاسيكي

لقطة لمريض **1-5**. طفل بعمر سنتين أُحضر إلى عيادة الطبيب من أجل لقاح الحصبة، وبكى الطفل عندما تلقى الحقنة من الممرضة. وبكى أيضاً في الشهر التالي عندما رأى نفس الممرضة في عيادة الطبيب، بالرغم من أنه لم يتلق أية حقنة. بعد خمس زيارات لاحقة من دون حقن لم يعد الطفل يبكي عندما يرى الممرضة.

ما مظاهر التعلم المسؤولة عن سلوك هذا الطفل؟ (انظر C-A II).

A. المبدأ. في التكيف الكلاسيكي تستخرج الاستجابة الانعكاسية أو الطبيعية (مثلاً البكاء) من خلال المنبه المتعلم (مثلاً لمحة للممرضة).

B. العناصر

1. المنبه غير المكيّف هو منبه يقدم استجابة بشكل تلقائي (مثلاً الحقنة).
2. استجابة غير المكيفة هي سلوك انعكاسي وطبيعي حيث يجب أن لا يُتعلّم (مثلاً البكاء كاستجابة للحقنة).
3. المنبه المكيف هو منبه يقدم استجابة تتبع العلم (مثلاً رؤية الممرضة في الشهر التالي).
4. الاستجابة المكيفة هي سلوك يُتعلم من خلال اتحاد بين المنبه المكيف والمنبه غير المكيف (البكاء عند رؤية الممرضة في الشهر التالي).

C. اكتساب الاستجابة والانطفاء

1. تتعلم الاستجابة المكيفة (البكاء كاستجابة عند رؤية الممرضة) بالاكتساب.
2. الانطفاء تتناقص الاستجابة المكيفة إذا لم يُتبع المنبه المكيف (رؤية الممرضة) بالمنبه غير المكيف (مثلاً الحقنة).
3. في تعميم المنبه يتسبب المنبه الجديد (مثلاً رؤية أي شخص بلباس أبيض) الذي يشبه المنبه المكيف (مثلاً منظر الممرضة) في حدوث الاستجابة المكيفة (مثلاً البكاء).

D. المفاهيم المرتبطة

1. التكييف الإكراهي: هو سلوك غير مرغوب به (مثلاً شرب الكحول) مقروناً مع منبه إكراهي أو بغيض (مثلاً المداواة التي تسبب الغثيان)، وبشكل مثالي يخلق هذا الاقتران توافق بين السلوك غير المرغوب به والمنبه الإكراهي والكف عن شرب الكحول.

2. العجز المُتعلم learned helplessness

a. يتعلم الحيوان من خلال التكييف الكلاسيكي أنه لا يمكن الهروب من المنبه المؤلم، وعندما يُواجه الحيوان بأي منبه إكراهي جديد فإنه سيصبح يائساً ولا مبالٍ.

b. استُخدم هذا كصورة نموذجية لتطور الاكتئاب عند البشر.

3. البصمة imprinting : هي ميول الكائنات لاتباع الشيء الأول (الأم مثلاً) الذي شاهده بعد الولادة أو الفقس.

III. التكييف المؤثّر

لقطة لمريض 5-2. تريد أم من ابنتها التي تبلغ من العمر 10 سنوات أن تحصل على مراتب (درجات) أفضل في المدرسة.

كيف تستطيع الأم الوصول إلى غايتها مستخدمة عناصر التكييف المؤثر، التعزيز الإيجابي، التعزيز السلبي، العقاب أو الانطفاء؟ (انظر الجدول 5-1).

الجدول 5-1 : عناصر التكييف المؤثر

العنصر	تأثيره على السلوك	المثال	التعليق
التعزيز الإيجابي	• يزداد السلوك من خلال المكافأة.	• تزيد الطفلة سلوك دراستها لتحصل على المال من خلال كسب درجات جيدة في المدرسة.	• يزيد التعزيز (المال) السلوك المرغوب (الدراسة)، تستطيع المكافأة أن تجلب الانتباه مثل المكافأة الملموسة.

العنصر	تأثيره على السلوك	المثال	التعليق
التعزيز السلبي	• يزداد السلوك من خلال التجنب والهروب.	• تزيد الطفلة سلوك دراستها لتتجنب خسارة امتيازات التلفاز (مشاهدة التلفاز).	• يزيد التجنب الفعّال للمنبه الإكراهي (خسارة امتيازات التلفاز) السلوك المرغوب (الدراسة).
العقاب	• يتناقص السلوك من خلال الكبت.	• توقف الطفلة سلوكها "التسكع" (عندما يجب أن تدرس) بعد أن وبختها أمها.	• تنقص ولادة المنبه غير السار (التوبيخ) السلوك غير المرغوب به (التسكع).
الانطفاء	• يُزال السلوك من خلال عدم التعزيز.	• توقف الطفلة سلوك التسكع عندما تتجاهل الأم سلوكها.	• بالرغم من كونه ربما هناك زيادة أولية في سلوك "التسكع" قبل اختفائه، فإن الانطفاء هو أكثر فعّالية من العقاب للإنقاص للمدى الطويل من السلوك غير المرغوب.

A. **المبدأ**

1. يُحدد السلوك من خلال عواقبه على الفرد وتحدث النتيجة أو التعزيز بعد اتباع السلوك مباشرة.

2. في التكييف المؤثر نستطيع تعلم السلوك الذي هو ليس جزء من الاستجابة الطبيعية للفرد من خلال المكافأة أو العقاب.

B. **العناصر (الجدول 5-1)**

1. تزداد أرجحية أن السلوك سيحدث من خلال التعزيز ويتناقص من خلال العقاب.

a. أنواع التعزيز

1) التعزيز الإيجابي (المكافأة) هو تمهيد للمنبه الإيجابي (السار) الذي يزيد معدل السلوك.

2) التعزيز السلبي (الهروب) هو إزالة المنبه الإكراهي (غير السار) الذي يزيد معدل السلوك.

b. العقاب هو تمهيد للمنبه الإكراهي الهادف لإنقاص معدل السلوك غير المرغوب فيه.

2. الانطفاء في التكييف المؤثر هو الاختفاء التدريجي للسلوك المُتعلم عندما يتناقص التعزيز.

3. يؤثر نمط أو قائمة التعزيز بمدى سرعة تعلم السلوك ومدى سرعة اختفائه عندما لا يُكافأ (الانطفاء) (الجدول 5-2).

C. المفاهيم المرتبطة

1. يشمل التشكيل أقرب مكافاة وأقرب تقدير تقريبي للسلوك المرغوب حتى نصل إلى السلوك الصحيح. على سبيل المثال؛ الطفلة التي طلب منها أن تلتقط ألعابها قد كوفئت مبدئياً لالتقاطها أول دمية فقط وتعلمت أخيراً أن تلتقط جميع الدمى.

2. التشكيل modeling هو نوع من التعلم الملحوظ. على سبيل المثال؛ تتعلم طالبة الطب أن تتصرف بطريقة مشابهة لطريقة المقيّم الذي تحبه (المعجبة به).

الجدول 5-2: قوائم التعزيز

القائمة	وجود التعزيز	المثال	التعليقات
مستمر	• بعد كل استجابة.	• تتلقى الحلوى من ماكنة البيع (vending machine).	• مقاومة أقل للانطفاء وتُتعلم الاستجابة بسرعة ولكن تختفي بسرعة من دون تعزيز.
نسبة ثابتة	• بعد عدد معين من الاستجابات	• الحصول على أجر لخياطة 10 قمصان.	• معدل استجابة سريع (قدر كبير من القمصان قد خيطت بسرعة).
فاصل ثابت	• بعد مقدار معين من الوقت.	• الدراسة لجداول منتظمة وامتحانات موجزة أسبوعياً.	• يزداد معدل الاستجابة باتجاه نهاية الفاصل (منعطف اسقلوبي).
نسبة متغيرة	• بعد عدد عشوائي وغير ممكن التنبؤ به من الاستجابات.	• أخذ أجر على الماكينة الشقبية (slot machine).	• مقاومة عالية للانطفاء واستجابة متواصلة مع تعزيز قليل أو معدوم.
فاصل متغير	• بعد مقدار عشوائي وغير ممكن التنبؤ به من الوقت.	• اصطياد السمك من البحيرة.	• مقاومة عالية للانطفاء واستجابة متواصلة مع تعزيز قليل أو معدوم.

IV. تطبيق الأساليب السلوكية على الطب

لقطة لمريض 5-3. رجل بعمر 40 سنة يخاف من الطيران وقد وُضع في حالة استرخاء ومن ثم أُري صورة لطائرة، وفي اليوم التالي خلال الاسترخاء أُري نموذجاً واسعاً للطائرة، وبعد مضي أسبوع استطاع الجلوس بهدوء في حجرة الطائرة وبعد أسبوعين آخرين أخذ يركب الطائرة من دون خوف.

ما الأسلوب السلوكي الذي استُخدم هنا للتعامل مع خوف هذا الرجل من الطيران؟ (انظر A IV).

A. إزالة التحسس الجهازي systematic desensitization

1. المبدأ. إزالة التحسس الجهازي هو أسلوب سلوكي يرتكز على التكييف الكلاسيكي ويُستخدم لإزالة الرهابات (المخاوف غير المنطقية).

2. الطريقة:

a. يُعرّض الشخص لمنبه مخيف بزيادة الجرعات بالتزامن مع إجراءات الاسترخاء.

b. بما أن الاسترخاء متعارض مع الخوف فإن المريض المسترخي هو أقل احتمالاً ليكون قلقاً عندما يوجد المنبه المخيف.

B. المبادلات النقدية الرمزية

1. "يُدفع لأجل" السلوك المرغوب مع مكافأة رمزية (التعزيز الإيجابي).

2. يُستخدم في مشافي الأمراض العقلية وفي العمل مع المتخلف عقلياً، ويُستبدل بالعملات أشياء يرغبونها (مثلاً: الشوكولا، السينما).

C. العلاج الإدراكي

1. التعريف. العلاج الإدراكي هو طريقة العلاج النفسي القصيرة الأمد (لمدة 25 أسبوعاً) وتستخدم أساليب سلوكية وتُعالج الاكتئاب والقلق بشكل خاص.

2. الطريقة. الطريقة السلبية الشوهاء للمريض في التفكير يعاد تنظيمها ويستبدل بها أفكار داعمة للذات.

D. التلقيم الراجع الحيوي Biofeedback

1. المبدأ. يشترك التلقيم الراجع الحيوي في التعلم لكسب السيطرة على معالم وظائف الأعضاء (الفيزيولوجية) وترتكز على مبادىء التكييف المؤثر وتتطلب درجة عالية من الدافع والممارسة.

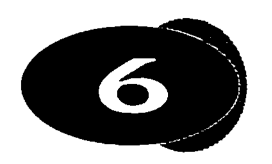
2. الاستخدام العلاجي. يستخدم التلقيم الراجع الحيوي لعلاج فرط الضغط ومرض القرحة الهضمية والربو والشقيقة وصداع التوتر وداء رينو وعدم استمساك البراز وألم المفصل الصدغي الفكي السفلي.

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

1-5 يبكي الطفل حتى لو لم يأخذ الحقنة لأنه تعلم من خلال التكييف الكلاسيكي أن يربط الممرضة (المنبه المكيف) مع إبرة الحقنة والألم (المنبه غير المكيف)، ولكن بعد 5 أسابيع من رؤية الممرضة وعدم تلقي الحقنة المؤلمة حدث انطفاء واختفت الاستجابة المكيفة (أي البكاء عند رؤية الممرضة).

2-5 شُرحت هذه اللقطة في نص الجدول 5-1.

3-5 الأسلوب السلوكي المستخدم لمعالجة خوف هذا الرجل من الطيران هو إزالة التحسس الجهازي. عُرّض للطيران أثناء الاسترخاء. بما أن الاسترخاء غير مقترن بالخوف لذلك فإنه يكون أقل خوفاً عندما يُعرّض للطائرات والطيران.



سوء استعمال الدواء المؤثر النفسي

Psychoactive Substance Abuse

I. مقدمة عن سوء استعمال الدواء

لقطة لمريض **6-1**. أُحضر رجل بعمر 23 سنة إلى غرفة الطوارئ من قبل الشرطة بعد أن تسبب باضطراب في مكان للتسوق، أخبر المريض الطبيب أنه "في قمة العالم" وأنه يتصل عقلياً مع رئيس الولايات المتحدة. أصبح المريض بعد ساعة واحدة هادئاً جدّاً وأظهر استجابة حقيقية لوجود الطبيب.

هل سلوك المريض هو بسبب سوء استعمال المادة، وما المادة المستعملة على الأغلب؟.

A. السكانيات Demographics. إن المواد الأكثر انتشاراً في استخدامها في الولايات المتحدة هي الكافيين والنيكوتين والكحول والماريجوانا والكوكايين وبدرجة أقل الهيروئين (انظر الجدول 6-1)، وتُستخدم الباربيتورات والمهلوسات بشكل شائع أيضاً.

B. اضطراب سوء استعمال الدواء المؤثر النفسي هو استعمال مواد بشكل غير طبيعي ويؤدي إلى:

1. تردّي impairment الأداء الجسدي والمهني والاجتماعي.

2. التحمل والاعتماد أو كليهما

الجدول 6-1: السكانيات وخصائص المواد الشائع استعمالها في الولايات المتحدة

المادة (عمر الانتشار، الاستعمال غير السريري)	تعليقات
الكحول (85%)	• عمر انتشار سوء استعمال المادة أو الاعتماد هو 10% - 13%. • يزداد استعماله بين الهنود الحمر وسكان الأسكيمو. • إن نسبة الذكور إلى الإناث هي 2:1 في سوء الاستعمال. • يترافق مع حوادث السيارة وجرائم القتل، الانتحار، الاغتصاب، الإساءة الجنسية والجسدية للطفل، الإساءة إلى الكهول والأزواج، اضطراب عوز الانتباه وفرط النشاط ADHD واضطراب السلوك عند الأطفال، اضطراب الوظيفة الكبدية، مشكلات هضمية (مثلاً القرحات)، هلوسات، عوز الثيامين، كما في متلازمات كورسكاف وفرنيكه والكحول الجنينية.
الكافيين (85%)	• يوجد في القهوة (125 ملغ/كأس)، الشاي (65 ملغ/كأس)، الكولا (40 ملغ/كأس)، وفي المنبهات التي تُؤخذ من دون وصفة طبية وفي عوامل الحمية المبيعة بدون وصفة.
النيكوتين (55%)	• يزداد التدخين بين المراهقين والأميركيين من أصل أفريقي والنساء. • يترافق مع سرطان الرئة والبلعوم والمثانة. • يترافق مع الأمراض القلبية الوعائية. • يقصر من الحياة المأمولة أكثر من أي مادة أخرى.
الماريجوانا (33%)	• الدواء النفسي المؤثر الشرعي الأكثر استعمالاً. • ازدياد شائع لاستعماله بين 12-25 سنة. • رباعي هيدروكانابينول (THC) هو العنصر الرئيسي الفعال.

المادة (عمر الانتشار، الاستعمال غير السريري)	تعليقات
الكوكايين (12%)	• "crack" و"freebase" هي أشكال رخيصة وقابلة للتدخين. • يُستنشق إلى داخل الأنف إذا كان بشكله النقي (السعوط). • انخفض استعمال الكوكايين بعد قمة استعماله في عام 1985. • يظهر لدى مواليد المدمنين عليه إعاقة نمو وفرط نشاط.
الأمفيتامينات (7%)	• يستعمل سريرياً في معالجة اضطراب عوز الانتباه وفرط النشاط ADHD والجمدة (انظر الفصل 7) والاكتئاب والبدانة، وتتضمن الصيغ السريرية الأمفيتامين اليميني (Dexedrine) وميتامفيتامين (Desoxyn) وميتيل فينيدات (Ritalin). • "السرعة" (Speed) و"الجليد" (Ice) و"النشوة" (ecstacy) (MDMA)* هي أسماء سوقية لمركبات الأمفيتامين.
الهيروئين (7%)	• هو أكثر فعالية ويجتاز حاجز دم الدماغ بشكل أسرع ولديه بداية أسرع للفعل، وله تأثير أكثر من الأفيونات المستخدمة طبياً (مثلاً المورفين). • أعلى معدل استخدام هو في المدن الضخمة - واستخدامه في ازدياد. • يترافق الاستخدام داخل الوريد مع انتقال HIV.
البنزوديازيبينات والبربيتورات (4%)	• تستخدم سريرياً كأدوية مضادة للقلق ومركنات ومرخيات للعضلة ومضاد اختلاجات ومبنجات وأدوية فعالة تستخدم لعلاج المقلعين عن الكحول.
المهلوسات (3%)	• Lysergic acid diethylamide (LSD) يبتلع (يهضم). • Phencyclidine (PCP) يدخن نموذجياً في الماريجونا أو السجائر الأخرى.

* *MDMA = methylene dioxymethamphetamine*

a. التحمل هو الحاجة إلى كميات زائدة من الدواء للحصول على التأثير المرغوب به، ويحدث التحمل المتصالب cross-tolerance عندما يتطور التحمل لمادة واحدة كنتيجة لاستعمال مادة أخرى.

b. الاعتماد هو سوء استعمال المادة مع التحمل وأعراض انسحابية أو شكل من الاستعمال المتكرر، إن تأثيرات انسحاب واستعمال المادة مسجلة في الجدول 6-2.

الجدول 6-2: تأثيرات الاستعمال والاقلاع عن أدوية المؤثر النفسي

الصنف	تأثيرات الاستعمال	تأثيرات الانسحاب (الإقلاع، السحب)
المركنات • الكحول • البنزوديازبينات • البربيتورات	• مزاج مرتفع، نقص القلق، تركين، منع التثبيط السلوكي وتثبيط تنفسي. • البربيتورات لها حافة أمان منخفضة والبنزوديازبينات لها حافة أمان عالية.	• اكتئاب المزاج، زيادة القلق، رعاش، أرق، نوبات، انهيار قلبي وعائي وأعراض ذهانية مثل التنمّل (هلوسات لمسية لبق يزحف على الجلد). • يُسمى هذيان رعاشي (DTS) عندما يترافق مع الانسحاب عن الكحول. • الإدخال للمشفى ضروري للمقلعين عن الكحول في كل حالات الاستعمال سواء لدى المفرطين أو المستعملين لفترات طويلة.
الأفيونات • الهروئين • ميتادون • الأفيونات المستخدمة طبياً (المورفين)	• مزاج مرتفع، تركين، تسكين، تثبيط تنفسي، إمساك وتضيق الحدقة.	• اكتئاب المزاج، قلق، تعرق، حمى، سيلان أنفي، انتصاب شعر، تثاؤب، إسهال وتوسع الحدقة. • حدوث الوفاة بسبب الانسحاب نادر.

الصنف	تأثيرات الاستعمال	تأثيرات الانسحاب (الإقلاع، السحب)
المنبهات المنبهات الرئيسة • الأمفيتامينات • الكوكايين	• مزاج مرتفع، أرق، تزايد النشاط القلبي الوعائي العصبي والهضمي وتوسع الحدقة.	• اكتئاب المزاج، فتور، ازدياد الشهوة، تعب وصداع. • التغير من مزاج مرتفع إلى مزاج مكتئب هو سريع بشكل خاص (<1 ساعة) مع استخدام الكوكايين.
المنبهات الثانوية • الكافيين • النيكوتين	• أعراض ذهانية تتضمن التنميل (مثلاً "بق الكوكايين") مع استخدام للمنبهات الرئيسة.	
المهلوسات • ماريجوانا • الحشيش • LSD • PCP • Psilocybin • Mescaline	• مزاج مرتفع، اضطراب الإدراك، هلوسات، تلعثمات سيئة، "ارتجاعات"، أعراض قلبية وعائية، تعرق ورعاش. • رأرآت (حركات عينية غير طبيعية) نوبات من السلوك العنيف واختلاجات مع PCP.	• تأثيرات انسحابية قليلة إن وجدت.

LSD = Lysergic acid diethylamide
PCP = phencyclidine

II. تداعيات النواقل العصبية Neurotransmitter Associations

A. تعمل المنبهات بشكل رئيسي من خلال زيادة توفر الدوبامين والغلوتامات.

1. يسبب استعمال الأمفيتامين تحرر الدوبامين ويثبط (يحصر) الكوكائين إعادة التقاط الدوبامين.

2. تساهم زيادة توفر الدوبامين في المشبك بوضوح في "نظام المكافأة" للدماغ وفي تأثيرات النشوة، وذلك بعد تناول المنبهات والأفيونات،

كما في الفصام (انظر الفصل 11)، فإن زيادة توفر الدوبامين ربما تتسبب بحدوث أعراض ذهانية.

B. تعمل الأدوية المركنة بشكل أساس من خلال زيادة فعالية الناقل العصبي المثبط γ – أمينوبيوتيريك أسيد (GABA).

III. العلاج

لقطة سريرية 6-2. ذهب رجل بعمر 45 سنة من أجل فحص طبي ليحصل على تأمين للحياة، وعندما ملأ استمارة معلومات المريض فقد اختار علامة الصندوق (لم يدخن) بالرغم من أنه مدخن، وعندما حللت شركة التأمين عيّنة من بوله ووجدت دليل أنه مدخن أنكر السند.

ما الدليل الذي وجده المخبري؟ (انظر الجدول 6-3).

A. **الموجودات المخبرية تستطيع غالباً إثبات استعمال المادة (الجدول 6-3).**

الجدول 6-3 : الموجودات المخبرية لسوء استعمال الأدوية المختارة

صنف المادة	زيادة المستويات في سوائل الجسم (مثلاً البول والدم)	اكتشاف المادة (مدة الزمن بعد الاستعمال)
المركنات	• الكحول: التسمم الشرعي 0.08% - 0.15% لتركيز الكحول الدموي (BAC) يحدد وفق قوانين الولاية. تحدث الغيبوبة في BAC من 0.40% - 0.50% في غير الكحوليين.	• خلال ساعات.
	• غاما-غلوتاميل ترانسفيراز (GGT).	• خلال ساعات بعد استعمال الكحول.
	• الباربيتورات النوعية أو البنزوديازبين أو مستقبلاتها.	• 7 أيام أو أقل.

صنف المادة	زيادة المستويات في سوائل الجسم (مثلاً البول والدم)	اكتشاف المادة (مدة الزمن بعد الاستعمال)
الأفيونات	• الأفيونات غير الميثادون • الميثادون.	• 12-36 ساعات. • 2 - 3 أيام.
المنبهات	• كوتينين (مستقلب النيكوتين).	• 1 - 2 يوماً.
	• أمفيتامين.	• 1 - 2 يوماً.
	• Benzoylecgonine (مستقلب كوكايين).	• 1 - 3 أيام للمستعملين بشكل عرضي ومن 7 - 12 يوماً للمستعملين المفرطين.
المهلوسات	• المستقلبات القنبية. • PCP : غلوتاميك – أوكزالوأسيتيك ترانس أميناز المصلي (SGOT) وكرياتينين فوسفوكيناز (CPK).	• 7 - 28 يوماً. • أكثر من 7 أيام.

الجدول 6-4 : علاج سوء استعمال المادة*

المادة	العلاج
الكحول	• برنامج الكحوليين المجهولين (AA) أو مجموعة الدعم الأخرى (برنامج من 12 خطوة) التي هي العلاجات الأكثر فعالية في الفترة الطويلة. • Disulfiram (مضاد سوء الاستعمال) الذي يسبب تفاعلاً سامّاً عندما يُبتلع الكحول وهو فعال لمنع الاستعمال لدى المرضى المحرضين. • ثيامين (فيتامين B_1) الذي يستخدم لمعالجة التسمم في غرفة الطوارئ. • البنزوديازيبينات (مثل ديازيبام وchlordiazepoxide) التي تستخدم من أجل الأعراض الانسحابية.

المادة	العلاج
الهيروئين	• الميثادون وبرامج الاستمرار في LAMM كلاهما يثبطان الأعراض الانسحابية للهيروئين لهما فترة تأثير أطول وأقل تركيناً وإحداثاً للنشوة من الهيروئين ويوزعان قانونياً من قبل هيئات الصحة الاتحادية، ويمكن أن يؤخذا عن طريق الفم. يسبب الميثادون وLAMM تحملاً واعتماداً جسدياً. • Naloxone الذي يثبط المستقبلات الأفيونية ويمكن أن يستعمل في المحافظة على الامتناع عن المسكرات. • Clonidine الذي يثبت النظام العصبي الذاتي وهو مفيد من أجل الأعراض الانسحابية.
النيكوتين (تدخين السيجارة)	• معظم المتنعين ينكسون خلال سنتين ويكون أقل نكس إذا كان من أعضاء مجموعة دعم النظير. • مضادات الاكتئاب خصوصاً بوبروبيون [Zyban]، هي فعالة عندما تستخدم كجزء من برنامج التوقف عن التدخين.

* *مرتب وفق الفائدة من الأعلى إلى الأدنى*

LAMM = L-alpha - acetylmethadol acetate

B. يشتمل **علاج سوء استعمال** المادة على الامتناع عن الأدوية ومجموعات دعم النظير والأدوية التي تخفف الأعراض الانسحابية (الجدول 6-4).

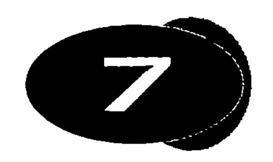
C. **التشخيص الثنائي** أو المريض طبياً والمدمن كيماوياً (MICA) عند ذلك يحتاج المرضى إلى علاج كل من سوء استعمال المادة والمرض النفسي المترافق (مثلاً الاكتئاب الرئيس) وغالباً ما يُعالجون في وحدة خاصة في المشفى.

أجوبة أسئلة لقطة لمريض

1-6 المادة الأكثر احتمالاً لأن تكون سبباً لسلوك هذا الرجل هي الكوكائين. إذ يعمل الكوكائين بسرعة على رفع المزاج لكن الانسحاب يرافقه فترة قصيرة من انحطاط المزاج.

2-6 كونيتين، هي مستقلب للنيكوتين، هي الدليل الذي وجده المختبر في بول ذلك المريض.


www.iqra.ahlamontada.com



النوم

Sleep

I. حالة اليقظة وحالة النوم الطبيعي

لقطة لمريض 7-1. أظهر مخطط النوم للمريض في مختبر النوم فترة قصيرة من كمون REM وانخفاض نوم دلتا وتسع إفاقات ليلية.

ما التشخيص الطبي المترافق مع نمط هذا النوم؟ (انظر 1 C 1 b).

A. **حالة اليقظة**. تُميز موجات بيتا وألفا التخطيط الدماغي الكهربائي (EEG) للشخص المستيقظ (الجدول 7-1).

B. **حالة النوم**. يتألف النوم الطبيعي من مراحل 1، 2، 3، 4 وكذلك النوم ذو حركة العين السريعة (REM) وتترافق كل مرحلة في النوم مع أنماط موجة دماغية خاصة (انظر الجدول 7-1).

C. **هندسة النوم**. تقدم التغيرات في مراحل النوم التي تحدث خلال الليل شكلاً يعرف بهندسة النوم (sleep architecture).

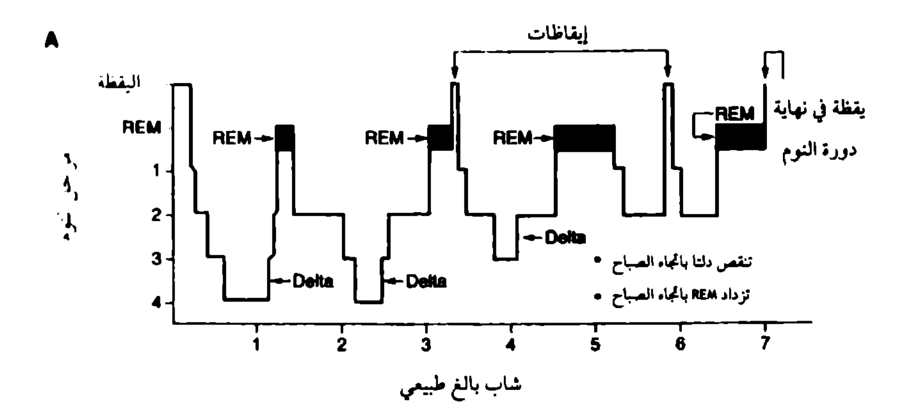
1. تتغير هندسة النوم مع العمر وخلال الاكتئاب (الشكل 7-1).

a. في الكهولة : يتميز النوم بإفاقات متكررة أثناء النوم ونقص نوم الموجة البطيئة ونقص نوم REM.

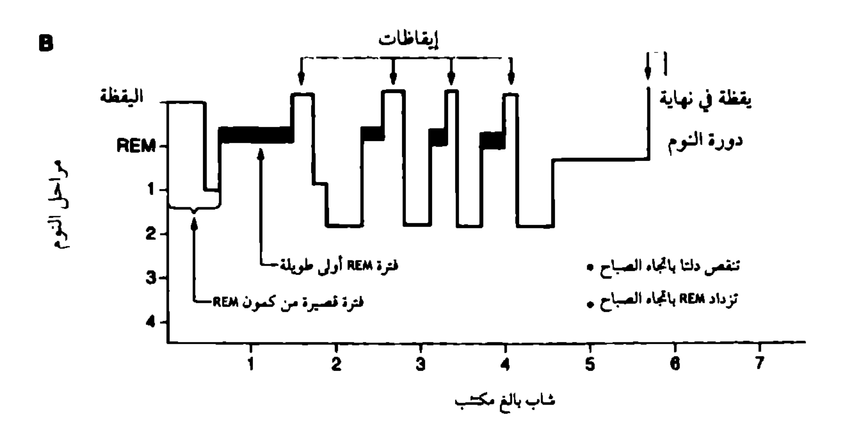
مرحلة النوم	نمط التخطيط الدماغي الكهربائي EEG المرافق	نسبة النوم لدى الشباب البالغين	الخصائص
اليقظة	بيتا ألفا	— —	• تركيز عقلي فعال. • استرخاء مع عينين مغمضتين.
المرحلة 1	ثيتا	%5	• أخفّ مراحل النوم وتتميز بالسلام والنبض والتنفس البطيء وانخفاض الضغط الدموي وحركات الجسم العرضية.
المرحلة 2	مغازل نوم ومركب K	%45	• أكبر نسبة من زمن النوم.
المراحل 3 و4	دلتا (نوم موجة بطيئة)	%25 (تنقص مع العمر)	• مرحلة النوم الأكثر عمقاً واسترخاءً ويمكن أن تحدث اضطرابات النوم مثل الرعب الليلي والمشي أثناء النوم وسلس البول الليلي.
نوم حركة عين سريعة	سن المنشار، بيتا، ألفا، ثيتا	%25 (ينقص مع العمر)	• تحدث حركات كل 90 دقيقة، حلم نعوظ قضيبي وبظري، زيادة نشاط قلبي وعائي، غياب حركة العضلة الهيكلية، ويؤدي حرمان REM إلى REM "الليلة التالية" وأعراض طبية نفسية عابرة.

الجدول 7-1: خصائص حالة اليقظة ومراحل النوم

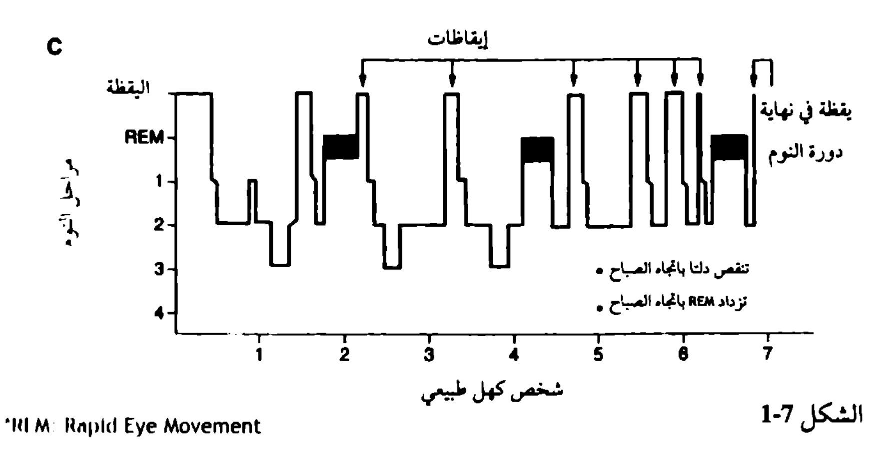
A



B



C



*REM: Rapid Eye Movement

الشكل 7-1

b. في الاضطراب الاكتئابي الرئيس: يتميز النوم ببدء نوم طبيعي مع إفاقات متكررة أثناء النوم واستيقاظ باكر جداً في الصباح، وتحدث فترة قصيرة من كمون REM ومن ثم فترة REM أولى طويلة مع نقص نوم موجة بطيئة.

2. يترافق استخدام الكحول والبنزوديازيبينات والباربيتورات مع نقصان نوم REM ودلتا.

D. تترافق النواقل العصبية مع حدوث النوم (الجدول 7-2).

II. اضطرابات النوم

A. **تصنيف اضطرابات النوم.** يعاني العديد من الناس من اضطرابات النوم، وبالنسبة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع (DSM-IV-TR)، فإنه هناك صنفين رئيسيين لاضطرابات النوم:

1. عسر النوم **Dyssomnias** ويتميز بمشكلات في توقيت وجودة وكمية النوم، ويشمل الأرق والسَبَخ واضطراب النوم المرتبط بالتنفس (انقطاع التنفس أثناء النوم Sleep apnea) (الجدول 7-3) كما في اضطراب النوم ذي النظم الثنائي (النوم في أوقات غير مناسبة) وفرط النوم (زيادة النوم).

2. خطل النوم **Parasomnias** يتميز بشذوذات في الفيزيولوجيا والسلوك المترافق مع النوم وتشمل اضطراب رعب النوم (انظر الجدول 7-3)، والمشي أثناء النوم والاضطرابات الكابوسية.

B. معالجة اضطرابات النوم. إن أفيونات العلاج للأرق والسبخ وانقطاع التنفس أثناء النوم واضطراب رعب النوم موصوفة في الجدول 7-3.

الجدول 7-2: النواقل العصبية والنوم

الفعل	الناقل العصبي	التأثير الخاص
تعزيز النوم Promote sleep	السيروتونين	• يزيد من النوم الكلي ومن نوم الموجة البطيئة وإن تخريب أنوية راف الظهرية ينقص هذين القياسين معاً. • يترافق الاكتئاب مع انخفاض السيروتونين ونقص كمية النوم وكمية نوم الموجة البطيئة.
	الأستيل كولين	• إن فعالية التشكّل الشبكي تزيد من زمن النوم ونوم REM • تنقص مستويات ACH وزمن النوم الكلي ونوم REM لدى الكهل الطبيعي وكذلك في مرض ألزهايمر.
تعزيز اليقظة Promote wakefulness	النورابينفرين	• تنقص كلاًّ من زمن النوم الكلي ونوم REM. • المرضى المصابون بالقلق لديهم مشكلة في البدء بالنوم.
	الدوبامين (DA)	• يترافق الهوس وأمراض ذهانية أخرى مع النوم السيئ. • العلاج بمضادات الذهان التي تثبط مستقبلات الدوبامين يمكن أن يحسن النوم.

الاضطراب	لقطة لمريض	الخاصية	العلاج
الأرق	طالب طب بعمر 25 سنة يشكي أنه في السنة الماضية كان يستلقي يقظاً في الفراش لمدة 2 ساعة قبل البدء في النوم عند المساء، ويكون متعباً خلال النهار ويرتكب الأخطاء في المدرسة.	• صعوبة البدء بالنوم أو البقاء نائماً بحيث تحدث 3 مرات أسبوعياً لمدة شهر واحد على الأقل مما يؤدي إلى النعاس خلال النهار أو التسبب بمشكلات في إنجاز الالتزامات المهنية والاجتماعية. • يحدث في 30% من سكان الولايات المتحدة. • يترافق مع تناول مفرط للكافيين وقلق واضطراب المزاج.	• تجنب الكافيين. • تطوير النوم الطقسي. • تقنيات الاسترخاء. • تثبيت أوقات النوم واليقظة
السبخ	امرأة بعمر 30 سنة تخبر تجارب إدراك حسية غريبة حينما تبدأ بالنوم. وارتكبت أيضاً حوادث سير صغيرة لأنها تنام أثناء القيادة.	• "هجمات" نوم حيث يستغرق الشخص بالنوم فجأة خلال النهار. • كمون REM قصير. • هلوسات نعاسية (تحدث عندما يبدأ المريض بالنوم). • هلوسات طاردة للنوم (تحدث عندما يستيقظ المريض). • الجمدة (فقدان كل المقوية العضلية بعد تنبه عاطفي قوي). • شلل النوم (عدم القدرة على الحركة لعدة ثوان في الاستيقاظ). • أكثر شيوعاً في المراهقين والشباب البالغين.	• الأدوية المنبهة مثل ميثيل فينيدات (Ritalin) وفي حال حدوث الجمدة يُضاف مضاد الاكتئاب. • قيلولات منتظمة وقت النهار.
اضطراب النوم المرتبط بالتنفس (انقطاع التنفس أثناء النوم)	رجل بعمر 45 سنة ذو وزن زائد يتعب خلال النهار، تقول زوجته إنه يشخر ويبدو كأنه سيقف تنفسه في أوقات خلال الليل.	• انقطاع التنفس لفترة وجيزة من الوقت خلال النوم. • ربما هو مركزي (لا جهد تنفسي) أو انسدادي (الانسداد التنفسي هو أكثر شيوعاً). • لا يستطيع النوم بعمق لأن نقص النوم بسبب إفاقات خلال الليل. أكثر شيوعاً في الرجال وفي منتصف العمر وفي البدينين • يرتبط مع الصداع وفرط الضغط الرئوي والاكتئاب والموت المفاجئ (خصوصاً في المسنين وفي الرضع).	• تخفيض الوزن. • جهاز يزود بدعم تنفسي بالضغط الإيجابي المستمر (CPAP). • جراحة (غفر الرغامى) كحل أخير.
اضطراب رعب النوم	فتاة بعمر 4 سنوات تقول لوالديها إنها غالباً ما تصرخ في نومها خلال الليل، عندما يحاولون إيقاظها لا تستجيب ولا يبقى في ذاكرتها أي شيء عن الحادثة في اليوم التالي.	• رعب خلال فترات وقت الليل. • أكثر شيوعاً في الأطفال. • يرتبط بسلس البول والمشي أثناء النوم. • يحدث خلال نوم الموجة البطيئة. • لا تذكر للحلم والإثارة. • ربما إشارة مبكرة لصرع الفص الصدغي.	• نصيحة للأهل. • إنقاص حالات الضغط العائلي. • نادراً ما يلجأ إلى استخدام لجرعات صغيرة للديازيبام أثناء وقت النوم.

الجدول 7-3: اضطرابات النوم وعلاجاتها

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

1-7 تترافق هندسة النوم لهذا المريض مع الاكتئاب، يتميز النوم في الاكتئاب بوجود كمون REM قصير ونقص نوم دلتا (موجة بطيئة) وإيقاظات متكررة أثناء النوم. لقطات المريض في الجدول 7-3. قد شُرحت في نص الجدول.


www.iqra.ahlamontada.com



علم وراثة السلوك

The Genetics of Behavior

I. الدراسة الوراثية

A. **دراسة النَسَب** تستخدم شجرة العائلة لتبين حدوث السمات والأمراض داخل العائلة.

B. تقارن **دراسة خطر العائلة** كم يتكرر حدوث المرض في أقارب الشخص المصاب (قبل الرباط) مع تكرار حدوثه في عامة الناس.

C. **دراسة التوائم**

1. الدراسة المختارة التي تستخدم توائم وحيدة البويضة (المتخلقين من بيضة وحيدة ملقحة) أو توائم ثنائية البويضة (المتخلقين من بيضتين ملقحتين)، مرباة معاً أو منفردين تستعمل لتمييز تأثيرات العوامل الوراثية عن العوامل البيئية في المرض.

2. إذا كان كلا التوأمين يملكان سمة معينة فإنهما يكونا متفقين في تلك السمة.

3. في أحوال كثيرة؛ فإنه من المتوقع حدوث اضطراب في التوائم وحيدة البويضة أكثر من التوائم ثنائية البويضة، وذلك إذا كانت الوراثة هي الأصل.

II. الأصـول الـوراثـية للاضـطـرابات الـنـفـسـيـة

لقطة لمريض 8-1. امرأة بعمر 22 سنة تقول إنها اكتشفت للتو أن والدها الذي اعتقدت أنه مات عندما كانت طفلة أنه كان يعالج لمدة 20 سنة ماضية لمعاناته من الفصام.

ما الاحتمالات بأن هذه المرأة ستتعرض للإصابة بالفصام خلال مسيرة حياتها؟ (انظر الجدول 8-1).

A. الفصام (انظر الفصل 11)

1. الانتشار. إن انتشار الفصام هو حوالي 1% بين عامة الناس، وهو تقريباً متساوٍ في الرجال والنساء من دون اختلافات عرقية في حدوثه.

2. إن الأشخاص الذين لديهم علاقة قربى وراثية مع شخص مريض بالفصام هم أكثر احتمالاً ليكونوا منسجمين مع المرض أو ليصابوا بالمرض من أولئك الأبعد في القرابة (الجدول 8-1).

الجدول 8-1 : خطر التعرض للفصام وللاضطراب ثنائي القطب في أقرباء المرضى

المجموعة	نسبة خطر الإصابة بالفصام	نسبة خطر الإصابة باضطراب ثنائي القطب
• قرابة الدرجة الأولى للشخص (شقيق، توأم ثنائي البويضة، الأب أو الأم) مع الاضطراب.	10	20
• الطفل الذي لديه والدان مصابان بالاضطراب.	40	60
• التوأم وحيد البويضة لشخص مصاب بالاضطراب.	50	75

3. إن العلامات الوراثية على الصبغيات 1، 6، 8، 13 تترافق مع الفصام.

B. **اضطرابات (المزاج) العاطفة** (انظر الفصل 12)

1. الانتشار

a. عمر الانتشار للاضطراب الاكتئابي الرئيس هو حوالي 10% في الرجال ومن15% إلى 20% في النساء.

b. عمر انتشار الاضطراب ثنائي القطب هو حوالي 1% من دون اختلافات في الجنس أثناء حدوثها.

2. المركب الوراثي هو في الاضطراب ثنائي القطب أقوى منه في الاضطراب الاكتئابي الرئيس أو الفصام (انظر الجدول 8-1).

3. لا يوجد علامات وراثية محددة قد حددت في مسببات الاضطرابات العاطفية.

C. **اضطرابات وخصائص الشخصية** (انظر الفصل 14).

1. خصائص الشخصية مثل الاستجابة للمنبه، الخوف، مستوى النشاط و الذهول distractibility لها معدل توافق في التوائم وحيدة البويضة أعلى منه في التوائم ثنائية البويضة.

2. أيضاً تلعب العوامل الوراثية دوراً في اضطرابات الشخصية، وقد برهن أقرباء المرضى المصابين باضطرابات الشخصية النوعية (المحددة) عن وجود مشكلات نفسية مميزة (الجدول 8-2).

III. الأصول الوراثية للاضطرابات النفسية العصبية

لقطة لمريض 8-2. كشف الفحص الجسدي لامرأة بعمر 48 سنة ، المصابة بأعراض مرض ألزهايمر أن لديها اكتئاب منتصف الوجه وزوائد جلدية في زوايا عيونها ولساناً كبيراً.

ما الصبغي الأكثر احتمالاً المشارك في مشكلة المريضة؟ (انظر III A 2).

A. مرض ألزهايمر هو تدهور مترقٍّ للأداء الإدراكي وفي عدة حالات فإنه هناك تاريخ عائلي للمرض.

الجدول 8-2 : الحالات الوراثية الملحوظة في أقرباء المرضى المصابين باضطرابات الشخصية*

اضطراب شخصية المريض	الحالة النفسية المشاهدة في الأقارب
المعادية للمجتمع	الكحولية ، ADHD (اضطراب فرط النشاط الحركي مع نقص الانتباه).
المتحاشية	اضطرابات القلق.
الحدية	الاضطراب الاكتئابي الرئيس وسوء استعمال المادة.
الهستريائية	اضطراب التجسيد.
فصامي الشكل	الفصام.

* *انظر الفصول 11، 12، 14*

1. دراسة التوأم. هناك معدل توافق لمرض ألزهايمر في التوائم وحيدة البويضة أعلى من التوائم ثنائية البويضة.

2. الصبغي 21

a. وجد أن هذا الصبغي المرتبط بمتلازمة داون Down وجد معيناً في بعض المرضى المصابين بمرض ألزهايمر Alzheimar.

b. يكشف الأشخاص الذين لديهم متلازمة داون والذين هم فوق عمر 40 سنة عن ظهور أعراض مشابهة لمرض ألزهايمر Alzheimar.

3. الصبغيات 1 و14. تضمنت حديثاً هذه الصبغيات في مرض ألزهايمر وخصوصاً في نموذج البدء المبكر (قبل عمر 65 سنة).

4. اشترك أيضاً مورث gene حجم البروتين الشحمي E4 (apo E4) على الصبغي Chromosome 19 في مرض ألزهايمر Alzheimar.

B. **الاضطرابات النفسية العصبية الأخرى** وأشكال التخلف العقلي مع العناصر الوراثية وتشمل:

1. داء هنتينغتون Hintington حيث يوجد مورث gene غير طبيعي على النهاية القصيرة للصبغي Chromosome رقم 4.

2. متلازمتي داون Down وX الهش التي هي على التوالي أول وثاني أكثر مسببات وراثية شيوعاً للتخلف العقلي.

3. متلازمة ليش-نيهان Lesh-Nyhan التي فيها يكون انتقال x مترابط X-linked Transmission.

4. اضطراب توريت Tourette حيث إن 90% من المرضى لديهم عضو متأثر في العائلة.

IV. الكحولية

A. **الانتشار.** إدمان الكحول هو أكثر انتشاراً بأربع مرات في أطفال مدمني الخمور من أطفال غير المدمنين حتى ولو كان الأطفال قد ربوا من قبل الأبوين المتبنين.

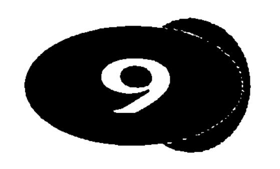
B. **إن نسبة التوافق** لإدمان الخمور 60% في التوائم من بيضة واحدة و30% في التوائم من بيضتين.

C. **القصة العائلية.** إن فتيان مدمني الكحول هم في خطر أكبر من فتيات مدمني الكحول، والتأثير الوراثي هو أقوى في الذكور الذين يسيئون استعمال الكحول قبل عمر 20 سنة.

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

1-8 إن احتمال تعرض المرأة للمرض هو تقريباً 10% لهذه المرأة التي والدها فصامي.

2-8 يشير الوصف الجسدي لهذه المريضة أن لديها متلازمة داون (مرض المغولية)، الصبغي 21 يشترك في مسببات مرض ألزهايمر ومتلازمة داون.



الكيمياء العصبية السلوكية

Behavioral Neurochemistry

I. التشريح العصبي

لقطة لمريض 9-1. مريض ذكر بعمر 48 سنة يُظهر عاطفة زائدة بعد الضربة (السكتة القلبية).

ما المنطقة الموجودة في دماغه التي يرجح أنها تأثرت؟ (انظر الجدول 9-1).

A. يحتوي **الجهاز العصبي المركزي** (CNS) على الدماغ والنخاع الشوكي.

1. تتصل أنصاف الكرة المخية للدماغ من خلال الجسم الثفني، الصوار الأمامي، الصوار الحصيني، الصوار الخلفي والصوار العناني.

2. إن وظائف أنصاف الكرة هي وحشية (جانبية).

a. يترافق نصف الكرة الأيمن أو غير المسيطر بشكل أساسي مع الإدراك الحسي، ويترافق أيضاً مع العلاقات الحيزية والقدرة الفنية والموسيقية.

b. يترافق نصف الكرة الأيسر أو المسيطر مع الأداء اللغوي في حوالي 96% من مستعملي اليد اليمنى وفي 70% من مستعملي اليد اليسرى.

B. **يحتوي الجهاز العصبي المحيطي** (PNS) على جميع الألياف المستقلة والحركية والحسية خارج الجهاز العصبي المركزي (CNS) متضمناً الأعصاب النخاعية والأعصاب القحفية والعُقد المحيطية.

1. يحمل الجهاز العصبي المحيطي (PNS) المعلومات الحسية إلى الجهاز العصبي المركزي (CNS) والمعلومات الحركية بعيداً عن الجهاز العصبي المركزي (CNS).

2. الجهاز العصبي المستقل (الذاتي) الذي يتألف من الانقسامات الودية واللاودية يعصب الأعضاء الداخلية.

a. ينسق هذا الجهاز التجارب العاطفية مع الاستجابات الحشوية (مثلاً التغيرات في معدل ضغط القلب أو الضغط الدموي).

b. تشترك الاستجابات الحشوية التي تحدث كنتيجة للضغط النفسي في سَورة exacerbation عدة أمراض جسدية (انظر الفصل 20).

C. **الآفات الدماغية الناجمة عن حادث**، مرض أو جراحة تترافق مع خلل نفسي عصبي محدد (الجدول 9-1).

II. الانتقال العصبي

A. المشابك والنواقل العصبية

1. عندما ينبه العصبون قبل المشبكي فإن الناقل العصبي يُحرّر ويتنقل عبر الفَلْح المشبكي (الفالج) ويعمل على المستقبلات على العصبون خلف المشبكي.

2. النواقل العصبية هي مهيجة إذ زادت احتمال ثوران العصب ومثبطة إذا انقضت هذه التغيرات.

B. مستقبلات قبل مشبكي وخلف مشبكي هي بروتينات توجد في غشاء العصبون تستطيع تمييز نواقل محددة.

1. تستطيع متغيرات العدد أو ألفة المستقبلات لنواقل محددة (لُدُونة عصبونية) أن تنظم استجابات العصبونات.

الجدول 9-1 : الآثار النفسية للآفات الدماغية

موقع الآفة	التأثيرات
الفص الجبهي	• أعراض عاطفية (مثلاً اكتئاب وخصوصاً مع الآفات السائدة). • مشكلات مع الانتباه والحرض والتركيز والتوجه.
الفص الجداري	• معالجة ضعيفة للمعلومات البصرية المكانية (الآفات اليمنى) والمعلومات المنطوقة (الآفات اليسرى).
الفص الصدغي	• ضعف الذاكرة. • هلوسات. • تغيرات شخصية.
الجهاز الحوفي	• سوء التعلم الجديد (الحُصَيْن). • نقصان السلوك العدواني وازدياد السلوك الجنسي وفرط الشفوية (متلازمة كلفر-بوسي) (لوزة). • نقصان استجابة الخوف (لوزة).
الوطاء	• زيادة الشهية تقود إلى البدانة (تخريب نواة بطني إنسي ventromedial [مركز شبَع]). • فقدان الشهية يؤدي إلى خسارة الوزن (تخريب النواة الوحشية). • تأثير على النشاط الجنسي وانتظام درجة حرارة الجسم.
النظام الشبكي	• تغيرات في آليات اليقظة والنوم يقظة النوم (مثلاً زيادة إنتاج نوم REM عن طريق زيادة إنتاج أستيل كولين)
عُقد أساسية	• اضطرابات الحركة مثل مرض بركنسون (مادة سوداء) ومرض هنتينغتون (مذنبة وبوتامين) ومتلازمة Tourette (مُذنبة).

2. الرسل الثانية. عندما تنبه من قبل النواقل العصبية ومستقبلات خلف المشبكية فإن مستقبلات العصبون ربما تبدل من خلال استخدام الرسل الثانية التي تتضمن أحادي فوسفات أدينوزين الحلقي (cAMP) والشحميات (مثل diacylglycerol) و Ca^{2+}.

C. التصنيف. الأصناف الثلاثة الرئيسة للنواقل العصبية هي أمينات حيوية (أحادي الأمينات) وحموض أمينية وببتيدات.

D. تنظيم نشاط الناقل العصبي

1. يرتبط تركيز النواقل العصبية في الفَلْح المشبكي تقريباً بالمزاج والسلوك وهناك عدد من الآليات يؤثر في هذا التركيز.

a. تزال النواقل العصبية بعد التحرر من العصبون قبل المشبكي من الفلح المشبكي من خلال إعادة القبط من قبل العصبون قبل المشبكي.

b. ربما تُجرّد النواقل العصبية أيضاً بإنزيمات مثل مثبطات مونو أمين أكسيداز (MAO).

2. يترافق توفر النواقل العصبية المحددة مع مسببات عدة حالات نفسية (الجدول 9-2).

a. يمكن لتعيير (إسواء) مستويات الناقل العصبي بعوامل دوائية أن يُحسّن العديد من أعراض هذه الاضطرابات.

b. تتضمن الآليات التي تعمل بها هذه الأدوية إحصار إعادة قبط النواقل العصبية وإحصار الإنزيمات التي تخربها.

الجدول 9-2: الحالات النفسية ونشاط الناقل العصبي المرافق لها

الحالة النفسية	(↓)نقصان أو(↑) ازدياد نشاط الناقل العصبي
الفصام	دوبامين (↑)، سيروتونين(↑).
الهوس	دوبامين (↑).
الاكتئاب	نورابينفرين (↓) سيروتونين (↓) دوبامين (↓).
القلق	*GABA (↓) سيروتونين (↓) نورابينفرين (↓).
مرض ألزهايمر	أستيل كولين (↓).

* *GABA: γ-aminobutyric acid*

III. الأمينات الحيوية

لقطة لمريض 9-2: أُحضر رجل بعمر 30 سنة إلى قسم الطوارئ نتيجة إصابته بجرح خطير بسكين في الصدر، والجرح هو نتيجة لقتال بدأه المريض عندما رفض رجل آخر أن يتخلى عن مكان وقوف.

هل يرجح أن تبدي سوائل جسم هذا المريض المتهور والمهاجم نقصان مستويات المستقلب الرئيس لأيٍّ من النواقل العصبية؟(انظر الجدول 9-3).

A. مقدمة

1. تتضمن الأمينات الحيوية أو الأمينات الأحادية: كاتيكولامينات وإندولامينات وإتيل أمينات وأمينات رباعية.

2. تفترض نظرية مونوأمين (الأمين الأحادي) لاضطراب المزاج أن انخفاض نشاط (فعالية) السيروتونين ونورأدرينالين يتسبب في الاكتئاب.

3. تقاس مستقبلات أحاديات الأمين في البحث والتشخيص النفسي لأنها موجودة في سوائل الجسم في مستويات عالية أكثر من أحاديات الأمين الحقيقية (الجدول 9-3).

الجدول 9-3: مستقلبات أحاديات الأمين والفيزيولوجيا المرضية المرافقة لها

الناقل العصبي	تركيز المستقلب*	الفيزيولوجيا المرضية المرافقة
دوبامين	يزيد HVA	• الفصام. • حالات (أمراض) أخرى بما فيها الذهان.
	ينقص HVA	• داء بركنسون. • الاكتئاب. • الكحولية.
نورإبينفرين	ينقص MHPG	• اكتئاب شديد.
	يزيد VMA	• ورم لب الكظر (ورم القواتم).
سيروتونين	ينقص 5-HIAA	• اكتئاب شديد. • سلوك عنيف. • سلوك متهور. • إضرام النار. • متلازمة Tourette. • سوء استعمال الكحول. • الشراهة.

في مصورة الدم أو السائل الدماغي الشوكي أو البول

** *5-HIAA= 5-hydroxyindoleacetic acid; HVA= homovanillic acie, MHPG = 3-methoxy-4-hydroxyphenylghlycol, VMA = vanillylmandelic acid*

B. دوبامين

1. يشترك دوبامين وهو كاتيكولامين في الفيزيولوجيا المرضية للفصام ومرض بركنسون واضطرابات المزاج.

2. التركيب. يتغير الحمض الأميني تيروزين إلى طليعة للدوبامين بفعل تيروزين هيدروكسيلاز.

C. **نورابينفرين.** يلعب الكاتيكولامين، نورابينفرين دوراً في المزاج والقلق واليقظة والتعلم والذاكرة.

1. التركيب

a. العصبونات غير أدرينالية الفعل مثل العصبونات الدوبامينية الفعل تركب الدوبامين.

b. بيتا الهيدروكسيلاز الموجود في العصبونات غير أدرينالية الفعل يُغيّر الدوبامين إلى نورابينفرين.

2. تحديد الموقع. تقع معظم العصبونات نورأدرينالية الفعل (تقريباً 10,000 في نصف الكرة في الدماغ) في الموضع الأزرق Locus ceruleus.

D. **السيروتونين.** يلعب إندول أمين سيروتونين دوراً في المزاج والجنس والنوم والتحكم بالدافع، وتترافق المستويات العالية للسيروتونين مع تحسن النوم والمزاج ونقصان الأداء الجنسي (انظر الفصل 18). يترافق نقصان السيروتونين مع الاكتئاب وسوء التحكم بالدافع والنوم السيئ.

1. التركيب. يتحول الحمض الأميني تريبتوفان إلى سيروتونين ويُعرف أيضاً هيدروكسي تريبتامين 5 (5-HT) بواسطة إنزيم هيدروكسيلاز تربتوفان وكذلك بواسطة نازعة الكربوكسيلاز أسيد أمينو.

2. تحديد الموقع. معظم أجسام الخلية السيرونينية في الدماغ تُحتوى في نواة الرفاء الظهري.

3. الأدوية المضادة للاكتئاب. (انظر الفصل 10)تزيد الأدوية المضادة للاكتئاب أخيراً وجود السيروتونين (وبعض الأحيان أيضاً وجود نورإبينفرين) في الفلج (الشق) المشبكي وتعمل مثبطات إعادة التقاط

السـروتونين الانتقائـية (SSRIs) مـثل فلوكـستين (بـروزاك) بـشكل خاص من خلال إحصار إعادة التقاط السروتونين إلى العصبون قبل المشبكي.

E. الهيستامين

1. الهيستامين هو إيثيل أمين يتأثر آمين بالأدوية النفسية الفعالة.

2. يترافق إحصار مستقبل هيستامين من بالأدوية مثل مضادات الذهان ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة مع آثار جانبية شائعة مثل التركن وزيادة الشهية (تقود إلى كسب الوزن).

F. أستيل كولين (Ach) الأمين الرباعي ؛ وهو الناقل المستخدم من قبل مواصل العضلات الهيكلية والأعصاب.

1. يترافق تدهور العصبونات الكولينية الفعل مع مرض ألزهايمر ومتلازمة داون واضطرابات النوم والحركة.

2. اصطناع وتفكيك (ACh)

a. تُركّب العصبونات كولينية الفعل ACh من أستيل تميم إنزيم A والكولين مستخدماً كولين ناقلة الأستيل.

b. إستراز الأستيل كولين (AChE) يدرّك ACh سفلاً إلى كولين وخلات. تحصر فعل AChE مع الأدوية مثل تاكرين (كوغنكس Cognex) ودونبزيل (أريسبت Aricept)، وتستطيع تأخير تقدم مرض ألزهايمر ولكن لا تستطيع إبطال الأداء الضائع reverse lost function .

IV. النواقل العصبية الحمض أمينية

تشترك النواقل العصبية الحمض أمينية في معظم المشابك في الدماغ وتتضمن هذه النواقل العصبية أمينو بيوتريك أسيد (GABA) وغليسين وغلوتامات.

A. **GABA** هو ناقل عصبي مثبط رئيسي في CNS ويشترك في نشاط البنزوديازيبينات والباربيتورات ضد القلق.

B. **غليسين** هو ناقل عصبي مثبط يعمل بشكل مستقل وأيضاً كمنظم لنشاط غلوتامات.

C. **غلوتامات** هو ناقل عصبي مهيج وربما يترافق مع الصرع وأمراض التنكس العصبي وآليات الموت الخلوي.

V. ببتيدات عصبية

A. **أفيونات داخلية المنشأ**

1. الإنكيفالينات وإندروفينات هي أفيونات داخلية المنشأ تؤثر بالألم وتنظيم الحرارة ونشاط النوبة والقلق والمزاج.
2. ربما تعمل تأثيرات غُفُل من خلال نظام الأفيونات داخلية المنشأ وربما تُحصر من قبل المعالجة بحاصر مستقبل أفيون مثل نالوكسون.

B. **ببتيدات عصبية أخرى** وتظهر في الحالات التالية :

1. الفصام [كوليسيستوكينين (CCK) والموتر العصبي neurotensin].
2. اضطرابات المزاج [somatostatin، المادة p، فازوبرسين، أوكسيتوكين وببتيد معوي فعال في الأوعية (VIP)].

3. الألم والعدوان (المادة P).

4. مرض ألزهايمر (somatostatin وVIP).

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

1-9 المناطق الدماغية التي اشتركت بدقة أكثر في العاطفة هي الفص الجبهي.

2-9 المستويات المنخفضة لسروتونين الدماغ تشترك بدقة أكثر في السلوك الهجومي والعدواني والتهوري وسيُنقص المستقلب الرئيس للسيروتونين، حمض 5-hydroxyindoleacetic في هذا الرجل.



دوائيات السلوك[2]

والمعالجة بالتخليج الكهربائي

Pharmacology of Behavior and Electroconvulsive Therapy

I. الأدوية المستخدمة لعلاج الذهان

لقطة لمريض 10-1. امرأة بعمر 40 سنة مصابة بفصام مزمن واستمرت بأخذ دواء ضد الذهان لمدة 6 سنوات وبدأت تُظهر حديثاً حركات مضغ وتلمظّ شفة تلقائية لفمها ولسانها.

ما نوع مضاد الذهان الذي كانت تأخذه هذه المريضة وما الإجراء الذي سيتخذه الطبيب؟ (انظر الجدولين 10-1 و10-2).

A. مضادات الذهان التقليدية أو النموذجية

1. تستخدم مضادات الذهان التقليدية لعلاج الفصام والذهان المترافق مع اضطرابات جسدية ونفسية أخرى (انظر الفصل 11).

---

[2] وفق إحصائيات عام 2005 فإن تجارة الأدوية تحتل المرتبة الثانية عالمياً بعد تجارة السلاح برأس مال عالمي 500 مليار دولار سنوياً. تحتل دوائيات السلوك منها ما يعادل 30% تقريباً (المترجم).

2. الآلية الرئيسة للفعل هي كمضاد مستقبل D_2 وتُصنّف بالنسبة للفعالية.

a. أدوية منخفضة الفعالية (ضعيفة) وتترافق بشكل رئيسي مع التأثيرات الجانبية مضادة للكولين وعلى الغدد الصم والوظيفة الدموية والجلدية والعينية ومضادات الهيستامين.

b. أدوية قوية تترافق بشكل رئيسي مع التأثيرات الجانبية العصبية (الجدول 10-1).

الجدول 10-1 : التأثيرات العصبية غير المرغوب بها لمضادات الذهان التقليدية القوية وعلاجها

التأثيرات	الخصائص
التأثيرات خارج الهرمية	• البركنسونية الكاذبة (صمل عضلي، مشية ملخبطة، رعاش أثناء الراحة، وجه القناع). • زَلَزْ (شعور شخصي بالتململ الحركي). • عسر مقوية حاد (تشنجات عضلية طويلة الأمد) وأكثر ما تُشاهد في الرجال دون الأربعين. • العلاج بإعطاء دواء مضاد كولين (بنزتروبين) أو مضاد الهيستامين (مثلاً diphenhydramine).
التأثيرات الأخرى	• عسر الحركة الآجل (حركات غير طبيعية ملتوية في اللسان والوجه والجسد) وأكثر ما تُشاهد في النساء وتحدث عادة بعد 6 أشهر من العلاج. • تُعالج باستخدام مضاد الذهان اللانموذجية أو الضعيف. • المتلازمة الخبيثة لمضاد الذهان (حمى عالية، تعرق، زيادة النبض وضغط الدم، صمل عضلي) وتُشاهد في الرجال وتظهر باكراً في العلاج ومعدل الوفيات هو حوالي 20%. • نقصان نوبة العتبة. • تُعالج بإيقاف الدواء والتزوّد بدعم دوائي.

الجدول 10-2: مضادات الذهان التقليدية وغير النموذجية

نوع الدواء والأدوية النوعية	الفوائد	المضار
الأدوية التقليدية القوية • هالوبيريدول (Halod) • برفينازين (Trilafon) • تريفلوبيرازين (Stelazine)	• تحسن الأعراض الإيجابية في حوالي 70% من المرضى.	• تأثيرات عصبية غير مرغوب بها أكثر من الأدوية الضعيفة. • فعالية أقل ضد الأعراض السلبية من الأدوية اللانموذجية.
الأدوية التقليدية الضعيفة • Chlorpromazine (Thorazine) • Thioridazine (Mellaril)	• تأثيرات عصبية غير مرغوب بها أقل من الأدوية القوية.	• تأثيرات غير عصبية غير مرغوبة (تأثيرات مضاد كولين) أكثر من الأدوية القوية. • أقل فعالية ضد الأعراض السلبية من الأدوية غير النموذجية.
الأدوية اللانموذجية • كلوزابين (Clozaril) • رسبيردون (Risperdal) • Olanzapine (Zyprexa) • Quetiapine (Seroquel)	• أكثر فعالية من الأدوية التقليدية ضد الأعراض السلبية. • تأثيرات عصبية غير مرغوبة أقل من الأدوية التقليدية.	• مشكلات دموية أكثر (نَدْرَة المُحببات) وتأثيرات مضادة للكولين والصرع أكثر من الأدوية التقليدية.

A. مضادات الذهان غير النموذجية هي أدوية أحدث تعمل بتقنية مختلفة للفعل (مثل 5-HT2 ومضاد مستقبل D_4).

1. تُستخدم لعلاج أعراض الذهان في المرضى المقاومين للعلاج أو غير القادرين على تحمل التأثيرات غير المرغوب بها للأدوية التقليدية.

2. لهذه الأدوية منافع ومضار عندما تُقارن مع الأدوية التقليدية الضعيفة أو القوية (الجدول 11-2).

II. الأدوية المستخدمة لعلاج اضطراب المزاج

لقطة لمريض 10-2. امرأة بعمر 45 سنة أُحضرت إلى قسم الإسعاف مع صداع شديد وإقياء وتعرق حيث كشف الفحص السريري عن وجود حمى وضغط دم مرتفعين بشكل كبير، لاحظ زوج المرأة أن أعراضها بدأت حالما انتهوا من تناول الغداء (الذي يتضمن الجبن والخمر الأحمر "النبيذ") في مطعم فرنسي.

ما صنف الأدوية النفسية المؤثرة الأكثر احتمالاً التي قد تكون مسؤولة عن أعراض هذه المرأة؟ (انظر II A 3).

A. مضادات الاكتئاب

1. التصنيف

a. يستعمل في علاج الاكتئاب مضادات الاكتئاب متعددة (متغايرة) الحلقة (ثلاثية ورباعية الحلقة) ومثبطات (MAO) ومثبطات إعادة التقاط السروتونين الانتقائية (SSRIs) ومضادات اكتئاب أخرى (انظر الفصل 12) كما تُستعمل في علاج الاضطرابات النفسية الأخرى (الجدول 10-3).

1) كل مضادات الاكتئاب تأخذ من 3-6 أسابيع ليبدأ التأثير العلاجي، وجميعها لها فعالية متكافئة.

2) مضادات الاكتئاب لا ترفع المزاج في الأشخاص الطبيعين (غير المكتئبين) وليس لها احتمال لسوء استعمال.

الجدول 10-3: الأدوية المضادة للاكتئاب

الدواء	التأثير والاستعمالات السريرية
مضادات الاكتئاب متغايرة الحلقة (HCAs)	
Amitriptyline (Elavil)	• تركين. • تأثيرات مضادة للكولين.
Clomipramine (Anafranil)	• هو أشد مضادات الاكتئاب متغايرة الحلقة نوعية للسيروتونين (HCAs) • مفيد لعلاج الاضطراب الوسواسي القسري (OCD).
Desipramine (Norpramin, Pertofrane)	• أقل تركين وأقل فعل مضادر للكولين من بين الأدوية HCAs. • تنبيه الشهية. • مفيد للاكتئاب في الكِبَر.
Doxepin (Adapin, Sinequan)	• تركين. • له تأثيرات مضادة للهيستامين وللكولين.
Imipramine (Tofranil)	• يغلب أن يسبب هبوط ضغط انتصابي. • يُستخدم لعلاج السلس البولي.
Nortriptyline (Aventyl, Pamelor)	• أقل الأدوية HCA تسبباً بهبوط ضغط انتصابي. • هو أول دواء من الأدوية HCA لعلاج الاكتئاب في المسنين.
مثبطات إعادة التقاط السروتونين الانتقائية (SSRIs)	
Fluoxetine (Prozac, Sarafem)	• ربما يسبب اهتياجاً، أرقاً، نقصان وزن في البداية. • Sarafem مفيد لمتلازمة ما قبل الحيض (ما قبل الطمث).
Fluvoxamine (Luvox)	• حالياً لا يستطب إلا لعلاج الاضطراب الوسواسي القسري OCD.

الدواء	التأثير والاستعمالات السريرية
Paroxetine (Paxil)	• أشد أدوية SSRIs نوعية للسيروتونين
Sertraline (Zoloft)	• هو أكثر أدوية SSRIs تسبباً باضطرابات هضمية (مثلاً إسهال).
Citalopram (Celexa)	• SSRI الأحدث.
مثبطات أحادي الأمين أوكسيداز (MAOIs)	
Isocarboxazid (Marplan) Phenelzine (Nardil) Tranylcypromine (Parnate)	• كل MAOIs هي مفيدة في الاكتئاب اللانموذجي واضطراب الهلع واضطرابات الأكل واضطرابات الألم. • الرهاب الاجتماعي (Phenelzine). • تحذيرات الحمية ضرورية مع كل مثبطات MAOI (انظر النص).
مضادات الاكتئاب الأخرى	
Amoxapine (Asendin)	• تأثيرات مضادة للدوبامين مثل pseudoparkinsonism (الباركنسونية الكاذبة). • تفيد لعلاج الاكتئاب مع مظاهر الذهان. • خطير عند الإفراط بتناول الجرعة.
Bupropion (Wellbutrin, Zyban)	• أرق، صرع، تعرق. • أقل تأثيرات جنسية غير مرغوبة. • يُستخدم Zypan لإيقاف التدخين.
Mirtazepine (Remeron)	• يستهدف مستقبلات السيروتونين النوعية. • آثار جانبية قليلة.
Nefazodone (Serzone)	• مرتبط بـ azodone ولكن له تأثيرات جانبية أقل.
Trazondone (Desyrel)	• تركين. • يسبب قُسوحاً (نُعوظ مستمر). • آمن عند الإفراط بالجرعة.

الدواء	التأثير والاستعمالات السريرية
Venlafaxine (Effexor)	• تأثيرات مضادة للسروتونين وللأدرينالين. • تأثير منخفضة على السيتوكروم P_{450}.

b. لمنبهات مثل methylphenidate أو dextroamphetamine ، ربما تكون مفيدة في علاج الاكتئاب وخصوصاً في المعمرين أو المرض الانتهائي وتتضمن التأثيرات السلبية (المضار) في احتمال حدوث إدمان.

2. متعددة (متغايرة) الحلقة Heterocyclics

a. الأدوية متعددة (متغايرة) الحلقة تحصر إعادة التقاط (قبط) النورإبينفرين والسروتونين في المشبك وتزيد في توافر النواقل العصبية وتحسّن المزاج.

b. تحصر هذه الأدوية أيضاً المستقبلات الهيستامينية والمسكارينية للأستيل كولين وتسبب تأثيرات مضادة للكولين وتركيناً واكتساب الوزن وقد تكون الجرعة العالية مهلكة.

3. مثبطات MAO

a. مثبطات MAO تحدد فعل MAO بشكل لا عكوس وتزيد توفر النورإبينفرين والسيروتونين في الفلح المشبكي وتحسن المزاج.

b. ربما تكون مثبطات MAO مفيدة بشكل خاص في علاج الاكتئاب غير نموذجي (انظر الفصل 12) ومعالجة المقاومة للأدوية الأخرى.

c. بما أن MAO يستقلب التيرامين ، رافع الضغط في الجهاز الهضمي فإن تناول الطعام الغني بالتيرامين (مثلا" : جبنة قديمة ، نبيذ ، خمر ، بقوليات عريضة ، كبد الدجاج أو البقر ، لب البرتقال ،

سمك أو لحم مخلل أو مدخن) أو الأدوية المقلدة (المحاكية للودي (مثلا : pseudoephedrine [Sudafed]) يمكن أن يؤدي إلى نوبة فرط الضغط التي ربما تتسبب في حدوث سكتة دماغية أو الموت.

d. مثبطات MAO هي آمنة مثل متعددة (متغايرة) الحلقة إذا اتبعت تحذيرات الحمية والتأثيرات غير المرغوب بها هي مشابهة لتلك الموجودة عند متعددة (متغايرة) الحلقة.

4. SSRIS

a. تثبط SSRIs إعادة التقاط (قبط) السروتونين انتقائيا ولكن لها تأثير قليل على أجهزة الدوبامين والنوربينفرين والهيستامين والأستيل كولين.

b. بالمقارنة مع مضادات الاكتئاب متعددة (متغايرة) الحلقة فإن SSRIs هي ذات فعالية متكافئة ولها تأثيرات صغيرة غير مرغوبة على الجهاز القلبي الوعائي ومضادة للكولين ولا تسبب تركيناً وربما تسبب فقدان الوزن.

c. تستخدم SSRIs الآن كأدوية خط أول للاكتئاب وعندما يقارن SSRIs مع مضادات الإكتئاب الأخرى فإنها آمن للمسنين والنساء الحوامل.

d. وإن SSRIs هي مفيدة أيضاً لعلاج الاضطراب الوسواسي القسري واضطرابات الهلع ومتلازمة ما قبل الحيض (ماقبل الطمث).

e. لأنها تسبب سوء وظيفة جنسية متضمنة إيغافاً وقذفاً متأخراً فقد استخدمت لعلاج القذف المبكر.

B. مثبتات المزاج:الأدوية المستخدمة لعلاج الهوس

1. تستخدم كربونات الليثيوم وسترات الليثيوم بشكل أساسي لعلاج الهوس في اضطراب ثنائي الطور ولها أيضاً نشاط مضاد للاكتئاب.

a. تتضمن التأثيرات غير المرغوبة اضطراباً كلوياً، مشكلات في الناقلية القلبية، انزعاجاً معدياً، رعاشاً، اضطراباً إدراكياً معتدلاً، نقص نشاط الدرق وتشوهات ولادية في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل وخاصة في الجهاز القلبي وعائي.

b. يأخذ الليثيوم من 2-3 أسابيع ليبدأ التأثير العلاجي وإن هالوبيريدول الذي يعمل ضمن الساعات هو لذلك العلاج الابتدائي للأعراض الذهانية في حادثة الهوس الحاد.

2. تُستخدم أيضاً مضادات الذهان مثل كاربامازبين (Tegretol) وحمض فالبوريك (Depakene، Depakote) لعلاج الاضطراب ثنائي الطور وخصوصاً الدوران السريع لاضطراب ثنائي الطور الذي يتميز بأكثر من 4 عوارض سنوياً.

III. الأدوية المضادة للقلق

لقطة لمريض 10-3. يحتاج طبيب أن يختار دواء مضاداً للقلق لرجل بعمر 45 سنة مع قصة اضطراب قلق عام وسوء استعمال المادة.

ما الدواء الذي سيريح بشكل أفضل قلق المريض ولكن له خطر عالٍ لسوء الاستعمال؟ (انظر III B 1).

A. البنزوديازبينات والبربيتورات

1. تُريح البنزوديازبينات أعراض القلق ويمكن أن تكون قصيرة أو متوسطة أو طويلة التأثير، وتُستخدم هذه الأدوية أيضاً في علاج الصرع واسترخاء العضلة وفي علاج الانسحاب الكحولي (الجدول 4-10).

2. يحدث التحمل والاعتماد مع الاستعمال المزمن لهذه الأدوية للبربيتورات إمكانية سوء استعمال أعظم من البنزوديازبينات ومنسب علاجي (النسبة بين أقل جرعة سمية وجرعة التأثير الأعظمي) أخفض.

B. اللا بنزوديازبينات Nonbenzodiazepines

1. بوسبيرون (BuSpar) هو azaspirodecanedione ولا علاقة له بالبنزوديازبينات وهو غير مركن، وبالمقارنة مع البنزوديازبينات فإنه لا يترافق مع الاعتماد وسوء استعمال المادة أو الانسحاب، ويأخذ أكثر من أسبوعين ليبدأ التأثير العلاجي.

2. لا يرتبط Zolpidem tartrate (Ambien) الذي هو دواء قصير الفعالية مع بنزوديازبينات ويُستخدم بشكل رئيسي لعلاج الأرق.

IV. العلاج بالصدمة الكهربائية (التخليج الكهربائي)

A. الاستعمالات

1. يتضمن العلاج بالصدمة الكهربائية (ECT) إحداث نوبة صرع معممة بتمرير تيار كهربائي عبر الدماغ، ECT هو آمن وهو العلاج الفعال للاضطراب الاكتئابي الرئيس المعند على العلاجات

الأخرى، وهو العلاج الأكثر شيوعاً والفعال لعلاج الهوس الحاد والفصام ذي الأعراض الحادة والجمودية أو الأعراض العاطفية.

2. غالباً تحدث أعلى درجة استجابة لـ ECT بعد 5-10 صدمات علاجية تُعطى خلال فترة 2-3 أسابيع وربما تمنع ECT من النكس بعد التوكيد الشهري أو النصف شهري.

الجدول 10-4: البنزوديازيبينات

الدواء	فترة التأثير	الاستعمالات السريرية بالإضافة إلى علاج القلق
Chlorazepate (Tranxene)	قصير	يُستعمل في علاج الصرع الجزئي.
Lorazepam (Ativan)	قصير	اهتياج نفسي، الانسحاب الكحولي، الحالة الصرعية (نوبات مستمرة).
Oxazepam (Serax)	قصير	الانسحاب الكحولي.
Triazolam (Halcion)	قصير	أرق.
Alprazolam (Xanax)	متوسطة	اكتئاب، اضطرابات الهلع، الرهاب الاجتماعي.
Temazepam (Restoril)	متوسطة	أرق .
Chlordiazepoxide (Librium)	طويلة	دواء خط أول للانسحاب الكحولي .
Clonazepam (Klonopin)	طويلة	صرع، هوس، رهاب اجتماعي، اضطراب الهلع، العدوانية، استعمال تشاركي مع مثبت المزاج.
Diazepam (Valium)	طويلة	الاسترخاء العضلي، التسكين، مضاد الصرع، نوبات مترافقة مع الانسحاب الكحولي.
Flurazepam (Dalmane)	طويلة	أرق.

B. التأثيرات غير المرغوب بها

1. أزيلت معظم التأثيرات غير المرغوبة مثل انكسار العظام مع الاستعمال الحكيم للتخدير العام ومرخي العضلات قبل العلاج ويقارن معدل الوفيات بذلك المترافق مع التخدير العام.
2. التأثير غير المرغوب به الرئيس للعلاج بالصدمة الكهربائية Ect هو النسيان للأحداث الماضية يشفى النسيان في معظم المرضى خلال 6 أشهر من العلاج.
3. ECT لا يستطب للمرضى المصابين بزيادة الضغط داخل القحف.
4. يسبب وضع القطب أحادي الجانب ضعف ذاكرة أقل ولكن استجابات علاجية أبطأ من الوضع ثنائي الجانب.

أجوبة على أسئلة لقطة المريض

1-10 يظهر هذا المريض علامات عسر الحركة الآجل. ومن المحتمل أنه قد أخذ مضاد ذهان قوي. وعلاج هذا التأثير الجانبي للدواء هو باستبدال الدواء الضعيف أو غير النموذجي وببساطة عدم الاستمرار بالدواء سيسبب أعراضاً تجعله أسوأ.

2-10 من المحتمل أن هذا المريض قد أخذ مثبط MAO.

3-10 بما أن المريض لديه قصة لسوء استعمال المادة فإن بوسبيرون هو الدواء الأفضل لإراحة هذا القلق والبوسبيرون هو غير إدماني بالمقارنة مع بنزوديازيبينات وله خطر منخفض جداً لسوء الاستعمال.



الفصام

والاضطرابات الذهانية الأخرى

Schizophrenia and Other Psychotic Disorders

لقطة لمريض 11-1. طالبة طب بعمر 22 سنة ليس لديها قصة مرض نفسي، أخبرت صديقتها أنها تعتقد أن مدير المدرسة الطبية يسمم طعامها في المقهى، إنها رشيقة ومتألقة لكنها تبدو قلقة وخائفة. بدأت أعراضها بعد مضي أسبوعين عندما وجدت أنها فشلت في امتحان التشريح الأول.

ما التشخيص الأفضل لهذه الطالبة ؟ (انظر الجدول 11-1)

I. المقدمة (الجدول 11-1)

A. **الفصام** هو اضطراب عقلي مزمن يوجد في حوالي 1% من التعداد العام للسكان في كل المناطق والمجموعات العرقية المدروسة، ويتميز الاضطراب بـ:

1. فترات من الذهان (فقدان التماس مع الواقع) حيث تحدث الهلوسات والتوهمات.

2. فترات بين الحوادث الذهانية (الطور المتبقي) حيث يكون الشخص في تماس مع الواقع ولكن يُظهر اضطراباً في السلوك والمظهر والكلام والتأثير ولديه تفكير غريب.

الجدول 11-1 : التشخيصات التفريقية للفصام

الاضطراب	الخصائص
الفصام schizophrenia	• أعراض ذهانية ومتبقية تدوم أكثر من 6 أشهر.
الاضطراب الذهاني المختصر Brief psychatic disorder	• أعراض ذهانية ومتبقية تمتد أكثر من يوم ولكن أقل من شهر. • غالباً يوجد عوامل نفسية اجتماعية صعبة مثيرة.
الاضطراب ذو الشكل الفصاماني	• أعراض ذهانية ومتبقية تدوم 1-6 أشهر.
الاضطراب العاطفي الفصامي	• أعراض لاضطراب المزاج كما مع الفصام. • اضطراب مهني واجتماعي مزمن.
الطور الهوسي للاضطراب ثنائي الطور	• أعراض ذهانية، مزاج متهيج، فرط نشاط، كلام سريع، حب اختلاط متزايد. • اضطراب ضعيف أو معدوم في الأداء المهني أو الاجتماعي بين الحوادث.
الاضطراب الانخداعي والاضطراب الذهاني المشارك	• نظام توهمي غير شاذ ثابت وطويل الأمد. • اضطرابات تفكير أخرى قليلة إن كانت موجودة. • أداء مهني واجتماعي طبيعي نسبياً في المريض أو أقربائه المقربين (الاضطراب الذهاني المشارك)
اضطراب الشخصية الفصامية	• انسحاب اجتماعي بدون ذهان.
اضطراب شخصية فصامي الشكل	• سلوك مميز وأنماط تفكير شاذة مثل التفكير السحري (الاعتقاد أن الشيء الذي يتمناه الشخص يستطيع أن يغير مجرى الأحداث في العالم). • لا ذهان صريح.
اضطرابات الشخصية الحديّة	• تغيرات مزاج شديدة مع غضب غير مضبوط وأفكار انتحارية نوبية. • عوارض (أعراض) ذهانية صغرى (تدوم لدقائق فقط).

الاضطراب	الخصائص
اضطراب ذهان محدث بالمادة	• هلوسات بارزة (غالباً بصرية أو لمسية) أو توهمات مرتبطة مباشرة باستعمال المنبهات أو المهلوسات والانسحاب من المركنات (انظر الفصل 10).
اضطراب ذهاني بسبب مرض عام (هذيان)	• تغيم الوعي. • الهلوسات وهي بصرية ومتغيرة أكثر منها سمعية ومتكررة. • يحدث في سياق مرض حاد.

B. لا يُظهر الفصام أي اختلاف جنسي في حدوثه، ولكن هناك اختلافات جنسية في تقديمه.

1. يتطور الفصام غالباً عند الذكور بعمر 15 - 25 سنة أبكر منه عند الإناث 25-35 سنة.

2. الرجال هم أقل استجابة للدواء المضاد للذهان ويُظهر لديهم خلل أكبر في الأداء الاجتماعي والإدراكي من ذلك الموجود عند النساء.

II. السببيات

A. تحدث العوامل العصبية التالية وربما تترافق مع مسببات الفصام:

1. فرط فعالية دوبامينية وسيروتونية ولا أدرينالية.
2. توسع البطينات الثالث والجانبي من الدماغ.
3. شذوذات في الفصوص الجبهية.

B. لا يوجد عامل بيئي أو اجتماعي مسبب للفصام.

1. أكثر ما يشخص الفصام في السكان ذوي الحالة الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة.

2. ربما نتيجة الحالة المتزايدة من خلال الانسياق للأسفل إلى الطبقات الاقتصادية والاجتماعية المتدنية التي تحدث لأن الأشخاص المصابين بالفصام يظهرون أداء مهنياً واجتماعياً متدنياً (منخفض).

III. الأعراض والعلامات السريرية

A. يبدي الشخص المصاب دليلاً على التفكير المشوش والذهان. وتتضمن الأعراض هلوسات والسمعية أكثر شيوعاً والسلوك الشاذ والتوهمات. وربما توجد أيضاً عاطفة غير مناسبة سطحية أو متبلدة.

1. يجب أن توجد الأعراض لأكثر من 6 أشهر مع اضطرابات الأداء المهني أو الاجتماعي.

2. عادة يكون المريض رشيقاً ومتوجهاً للشخص والمكان والزمان ولديه ذاكرة جيدة، وإذا لم توجد فإنه يجب أن يشك بالاضطراب الإدراكي (انظر الفصل 13).

B. **تصنيف الأعراض.** نستطيع تصنيف الأعراض إلى سلبية وإيجابية ويمكن لهذا التصنيف أن يفيد في التنبؤ بتأثيرات دواء مضاد الذهان.

1. الأعراض الإيجابية هي أشياء إضافية لسلوك متوقع. وتشمل التوهمات والهلوسات والاهتياج والثرثرة، وتستجيب الأعراض الإيجابية جيداً لمعظم الأدوية المضادة للذهان التقليدة .

2. الأعراض السلبية هي أشياء ناقصة من سلوك متوقع وتشمل العاطفة السطحية، محتوى الكلام الفقير، عدم الترتيب، فقدان

الدوافع والانسحاب الاجتماعي. وتستجيب الأعراض السلبية للأدوية غير النموذجية بشكل أفضل من مضادات الذهان التقليدية.

C. اضطرابات التفكير

1. تشمل اضطرابات محتوى التفكير توهمات وأفكار الإشارة. وأقيم تفريق بين هذه الاضطرابات والهلوسات والتوهمات التي هي اضطرابات حسية إدراكية. (الجدول 11-2).

2. تضمن اضطرابات شكل التفكير عدم تماسك وسلطة كلامية (يستخدم مجموعة غير مترابطة للكلمات) وترابطات رخوة وألفاظ جديدة (يستخدم كلمات جديدة مخترعة) والصدى اللفظي (تكرار كلمات) .

3. تتضمن اضطرابات تسلسل التفكير تطاير الأفكار (تلاحق سريع للأفكار) وأفكار غير منطقية وإحصار التفكير وقصر مجال التفكير وفقر في التفكير ومحتوى الكلام واضطرابات الذاكرة والمقدرات التجريدية وترابطات رنينية (الكلام في كلمات مقفاة "متناغمة").

D. الأنماط الفرعية والتشخيص التفريقي

1. الأنماط الفرعية يسجل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع (DSM-IV-TR) خمسة أنماط فرعية للفصام: مشوش (خبل البلوغ)، جمودي، زوري، غير مميز ومتبقي (الجدول 11-3).

2. تتميز الاضطرابات الأخرى بأعراض ذهانية وسلوك شاذ (انظر الجدول 11-1).

a. تتميز كل الاضطرابات الذهانية في بعض النقاط بنهجها (سيرورتها) في فقدان التماس مع الواقع (مثلاً: توهمات/أو هلوسات)، ولكن الاضطرابات الذهانية الأخرى لاتتضمن كل المعايير المطلوبة لتشخيص الفصام.

b. يتضمن التشخيص التفريقي للفصام الاضطرابات الذهانية الأخرى مثل اضطراب ذهاني مختصر، الاضطراب فصامي الشكل، الاضطراب العاطفي الفصامي والاضطراب التوهمي.

c. يتضمن أيضاً التشخيص التفريقي الطور الهوسي للاضطراب ثنائي الطور (الفصل 12) اضطرابات الشخصية فصامي الشكل والفصاماني (الفصل 14) والهذيان (الفصل 13).

الجدول 11-2: التوهمات والهلوسات والانخداعات وأفكار الإشارة

العلامة (العرض)	التعريف	لقطة المريض
الانخداع	فقد إدراك للمنبه الخارجي الحقيقي.	• يعتقد الرجل الذي هو وحيد في الظلام أن سترته التي على الكرسي أنها رجل.
الهلوسة	إدراك حسي كاذب.	• تسمع امرأة وحيدة في غرفة صوت خارج من رأسها يخبرها أن تقفز من النافذة.
التوهم	اعتقاد كاذب غير مشارك مع الآخرين.	• تُخبر امرأة شريدة الطبيب أنها تُتبع من قبل عملاء الحكومة.
أفكار الإشارة	اعتقاد كاذب كونه مشاراً إليه من قبل الآخرين.	• قرر رجل أن حشداً تلفزيونياً يتكلم عنه في كل صباح.

الجدول 11-3 : الأنماط الفرعية DSM-IV و DSM-IV-TR للفصام

النمط الفرعي	الخصائص
مشوش Disorganized	عدم كبح النفس، مشوش، مظهر شخصي غير متأنق (أشعث)، استجابة عاطفية غير مناسبة، البدء قبل عمر 25 سنة.
جمودي Catatonic	خبل أو تهيج، فقدان الكلام المتماسك، أخذ وضعيات شاذة (مرونة شمعية)، نادر بعد ادخال مضادات الذهان.
زوري Paranoid	توهمات الاضطهاد، أداء اجتماعي أفضل وعمر أكبر عند البدء من الأنماط الفرعية الأخرى.
غير مميز Undifferentiated	خصائص لأكثر من نمط فرعي واحد.
متبقي Residual	عارضة ذهانية واحدة على الأقل، تبدي لاحقاً عاطفة سطحية، تفكير غير منطقي، سلوك شاذ (غريب)، وانسحاب اجتماعي لكن لا وجود لأعراض ذهانية حادة.

IV. الإنذار والعلاج

A. الإنذار

1. عادة يتضمن الفصام عوارض ذهانية متكررة وسيراً تدهورياً مزمناً على مدى سنوات.

2. يترافق الإنذار الجيد مع وجود أعراض المزاج، الجنس الأنثوي، علاقات اجتماعية وعملية جيدة، أعراض إيجابية، البدء عند الكبر وغياب الأعراض العصبية.

3. الانتحار هو شائع عند المرضى المصابين بالفصام وهناك أكثر من 50% حاولوا الانتحار و10% منهم على الأقل ماتوا في هذه المحاولة. إن عوامل الخطر للانتحار هي الجنس الذكري والثقافة الجامعية والشباب ونكسات عديدة ومزاج مكتئب وطموح عالٍ والعيش وحيداً (منعزلاً).

B. العلاج

1. الأدوية المضادة للذهان هي العلاج الرئيسي للفصام (انظر الفصل 10 A I). أشكال "مستودعية" قابلة للحقن ومديدة التأثير (مثلاً: haloperidol decanoate) تستطيع أن تحسن الأداء في الأشخاص غير المطاوعين.

2. مداخلات نفسية اجتماعية مثل العلاج الشخصي والجماعي والعائلي والسلوكي والتزود بدعم اجتماعي طويل الأمد وطواعية سريعة مع نظام الدواء.

جواب على سؤال لقطة لمريض

1-11 ربما تعاني هذه المريضة من اضطراب ذهاني مختصر، ويتميز هذا الاضطراب بأعراض ذهانية مثل الانخداع (التوهم) أن شخصاً ما يحاول أن يؤذيها، وتستمر الأعراض لمدة شهر واحد، وتحدث بشكل شائع قبل حادثة حياة صعبة (مثلاً الفشل في امتحان مهم).



اضطرابات المزاج

Mood Disorders

I. التعريف والتصنيفات والوبئيات

لقطة لمريض **12-1**. أتى رجل بعمر 35 إلى طبيبه يشتكي من التعب والصداع المعتدل الذي وجد منذ 8 أشهر ماضية. وربط (أوّل) المريض ذلك بكونه ليس مهتماً بلعب كرة السلة، هذه اللعبة التي كان يحبها سابقاً. ولكن أصبح عنده اهتمام في الجنس. أنكر المريض أنه مكتئب ولكنه أخبر الطبيب "ربما أنا أكثر ازعاجاً لعائلتي من كوني أفضل". الفحص الجسدي لم يثبت شيئاً ذا بال غير أن المريض خسر 15 رطلاً منذ زيارته منذ سنة.

ما خطب مع هذا المريض؟ أو ماذا يصيب هذا المريض؟ (انظر III A 1 الجدول 12-1).

A. **التعريف**. في اضطرابات المزاج تسبب العواطف التي لا يستطيع الفرد التحكم بها ازعاجاً جدياً ومشكلات اجتماعية ومشكلات مهنية أو كلتيهما معاً.

الجدول 12-1 : أعراض الاكتئاب والهوس

العرض (العلامة)	احتمال الحدوث
الاكتئاب	
• الشعور بالحزن، اليأس، الضعف وضعف تقدير الذات.	+ + +
• نقص السعادة أو الاهتمام في معظم النشاطات.	+ + +
• نقص الطاقة والدافع.	+ + +
• الشعور بالقلق والذنب.	+ + +
• مشكلات نوم (مثلاً استيقاظ متكرر في الليل وباكراً جداً في الصباح).	+ + +
• صعوبة في الذاكرة والتركيز.	+ +
• تباطؤ جسدي (خاصة في الكبر) أو اهتياج (تهيج).	+ +
• نقصان الشهية للطعام ونقصان الشهوة الجنسية.	+ +
• مشاعر الاكتئاب هي أفضل في الصباح أكثر من المساء.	+ +
• أفكار انتحارية.	+ +
• القيام بمحاولات الانتحار أو الانتحار.	+
• توهم الدمار والمرض المميت.	+
الهوس	
• مشاعر قوية من السعادة الجسدية والعقلية.	+ + +
• شعور بأهمية الذات.	+ + +
• هيوجية واندفاع.	+ + +
• لا حاجة مميزة إلى الاعتدال في اللباس أو السلوك.	+ + +
• عدم القدرة على السيطرة على الدوافع العدوانية.	+ + +
• عدم القدرة على التركيز على المنبه المتصل.	+ + +
• مُجبر أن يتكلم بسرعة (كلام مضغوط).	+ + +
• أفكار تنتقل بسرعة من شخص إلى آخر (تطاير الأفكار).	+ + +
• ضعف المحاكمة.	+ + +
• اعتقادات زائفة (توهمات) غالباً حول القوة والنفوذ.	+ +

B. التصنيفات الرئيسة هي:

1. الاضطراب الاكتئابي الرئيس. المرضى المصابون بهذا الاضطراب لديهم عوارض متكررة من الاكتئاب (فقدان السعادة والاهتمام في النشاطات العادية، العجز (الضعف)، الأفكار الانتحارية).

2. اضطراب ثنائي الطور

a. اضطراب ثنائي الطور I. المرضى لديهم عوارض بكل من الهوس (مزاج مرتفع (مبتهج)) والاكتئاب.

b. اضطراب ثنائي الطور II. المرضى لديهم حوادث لكل من الهوس الخفيف (مزاج مرتفع ليس شديد كما في الهوس) والاكتئاب.

3. اضطراب سوء المزاج. المرضى المصابون بهذا الاضطراب هم مكتئبون باعتدال (اكتئاب متوسط) أغلب الوقت لمدة سنتين على الأقل بدون عوارض منفصلة للمرض.

4. الاضطراب المزاجي الدوري. المرضى لديهم هوس خفيف وتدوم الأعراض لدى المريض سنتين على الأقل بدون عوارض منفصلة، والعديد من المرضى المصابين لديهم أقرباء مصابون باضطراب ثنائي الطور.

C. الوبئيات Epidemiology

1. الانتشار خلال الحياة

a. الانتشار خلال الحياة للاضطراب الاكتئابي هو أعلى بحوالي الضعف في النساء من الرجال.

b. الانتشار خلال الحياة لاضطراب ثنائي الطور هو متساو للجنسين.

2. لا يوجد اختلافات عرقية في حدوث اضطرابات المزاج، وربما يتقدم المرض لدى المرضى الأمريكيين الفقيرين من أصل أفريقي وأمريكا اللاتينية المصابين باضطراب ثنائي الطور إلى مرحلة تشخص الحالة لديهم خطأ على أنها فصام وذلك بسبب الدخل المحدود وضعف الاهتمام الصحي.

II. السببيات

A. العوامل الحيوية

1. تغير فعالية النواقل العصبية في المرضى المصابين باضطرابات المزاج (انظر الفصل 9).

2. تظهر شذوذات في المحور الحوفي الوطائي النخامي الكظري ويستخدم اختبار كبت ديكساميثادون الذي يقيس انتظام إنتاج الكورتيزول ليشخّص الاكتئاب (انظر الفصل 16).

3. وظيفة الجهاز المناعي (انظر الفصل 20) وأنماط النوم (انظر الفصل 7) ربما هي شاذة في المرضى المصابين باضطراب المزاج.

B. العوامل النفسية

1. يرتبط فقدان أحد الوالدين في العقد الأول من الحياة وفقدان القرين أو الطفل في سن البلوغ مع الاضطراب الاكتئابي الرئيس.

2. العجز المكتسب (يثبت عدم جدوى عندما يحاول الهروب من حالة سيئة، انظر الفصل 5)، وربما يرتبط فقدان تقدير الذات وفقدان الأمل مع تطور الاكتئاب.

3. العوامل النفسية الاجتماعية غير مشتركة في مسببات الهوس أو الهوس الخفيف.

III. الأعراض والعلامات السريرية

A. الاكتئاب (الجدول 12-1)

1. يبدو بعض المرضى غير واعين للاكتئاب أو ينكرونه (الاكتئاب المقنع) بالرغم من وجود الأعراض.
2. المرضى الذين عانوا من توهمات أو هلوسات عندما كانوا مكتئبين لديهم اكتئاب مع مظاهر ذهانية.
3. الاضطراب العاطفي الموسمي (SAD) هو نمط فرعي للاضطراب الاكتئابي الرئيس يترافق مع مدة يوم قصير. ويتضمن العلاج زيادة التعرض للضوء مستخدماً الضوء الاصطناعي.
4. أعراض الاكتئاب متشابهة في كل من الاضطراب الاكتئابي الرئيس والاضطراب ثنائي الطور.

B. الهوس Mania (انظر الجدول 12-1). بالمقارنة مع مرضى الاكتئاب فإن المرضى المهووسين يُعرفون بسرعة بسبب ضعف المحاكمة وربما يقوم المريض باختراق القانون.

IV. التشخيص التفريقي والإنذار والعلاج

A. التشخيص التفريقي. تترافق الأمراض الطبية المحددة والاضطرابات والاضطرابات العصبية والاضطرابات النفسية واستعمال الوصفات الدوائية مع أعراض المزاج (الجدول 12-2).

B. الإنذار

1. الاكتئاب هو اضطراب يزول لوحده وتستمر كل عارضة لمدة 6 - 12 شهر.

2. العارضة الهوسية هي أيضاً تزول لوحدها وتستمر كل عارضة لمدة 3 أشهر تقريباً.

3. عادة المرضى المصابون بالاضطراب الاكتئابي الرئيس والاضطراب ثنائي الطور هم أصحاء عقلياً بين وقوع العوارض.

C. العلاج. يُعالج الاكتئاب بنجاح في معظم المرضى، ومع ذلك فإنه فقط تقريباً 25% من المرضى المصابين بالاكتئاب الرئيس يحتاجون ويتلقون العلاج وذلك بسبب السمة الاجتماعية المترافقة مع المرض العقلي.

الجدول 12-2: الأسباب الأخرى لأعراض المزاج

التصنيف	السبب
الطبي	مُعثكلِيّ وسرطانات أخرى، مرض كلوي ومرض قلبي وعائي.
الغدة	خلل وظيفة جنيب الدرقية (الدّريقة) والكظر والدرقية.
خمجي أو خامج	ذات الرئة (التهاب رئوي)، كثرة الوحيدات، AISS (متلازمة نقص المناعة المكتسبة).
التهابي	ذأب حمامي جهازي والتهاب المفصل الرّثياني.
مرض عصبي	داء بركنسون، صرع، تصلب عديد، سكتة دماغية، رضح أو رعشة دماغية وخرف.
غذائي	عوز غذائي.
أدوية موصوفة	رسربين، بروبرانولول، سترويدات، متيل دوبا، موانع حمل فموية.
اضطرابات نفسية	سوء استعمال الدواء والكحول والانسحاب، اضطرابات القلق، الفصام، اضطرابات الأكل، اضطرابات التجسيد.

1. العلاج الدوائي

a. عادة تُشاهد تأثيرات الأدوية المضادة للذهان من 3-6 أسابيع.

b. غالباً ما تستخدم مثبطات إعادة التقاط (قبط) السروتونين الانتقائية (SSRIs) كأدوية خط أول لأن لها تأثيرات غير مرغوبة محدودة (انظر الفصل 10).

c. الدواء المثالي لعلاج المرضى المصابين باضطراب ثنائي الطور هو الليثيوم، ومضادات الصرع هي أيضاً فعالة (انظر الفصل 10).

2. يستخدم العلاج بالصدمة الكهربائية (ECT) لعلاج اضطراب المزاج تحت ظروف محددة (انظر الفصل 10).

3. العلاج النفسي

a. يتضمن العلاج النفسي لاضطراب المزاج: العلاج بين الشخصي والعائلي والسلوكي والإدراكي التحليلي النفسي.

b. العلاج النفسي بالمشاركة مع العلاج الدوائي هو أكثر فعالية من كل علاج على حدة من أجل الاكتئاب وسوء المزاج.

c. العلاج الدوائي هو أكثر فعالية للاضطراب ثنائي الطور واضطراب المزاج الدوري.

جواب على سؤال لقطة لمريض

1-12 يعاني هذا المريض من الاكتئاب "المقنع" وينكر أنه مكتئب بالرغم من وجود أعراض الاكتئاب (شكاوى جسدية غامضة، فقدان الاهتمام بالنشاطات السابقة، فقدان الاهتمام بالجنس وفقدان الوزن) مدة 8 أشهر الماضية.





الاضطرابات الإدراكية

Cognitive Disorders

I. مقدمة

A. السببيات

1. تحدث الاضطرابات الإدراكية (كانت تدعى سابقاً المتلازمة العقلية العضوية) مبدئياً بسبب شذوذات في كيميائية وبنية وفيزيولوجية الدماغ.

2. تنشأ المشكلة في الدماغ أو ربما تنتج عن مرض جسدي.

B. النماذج. الاضطرابات الإدراكية الرئيسة هي الهذيان والعته والاضطرابات النسيانية ، وخصائص هذه الاضطرابات مسجلة في الجدول 13-1.

C. المظاهر الرئيسة

1. العلامات المميزة للاضطرابات الإدراكية هي مشكلات إدراكية مثل عوز في الذاكرة والتوجه أو المحاكمة.

2. تحدث تغيرات في المزاج والقلق والاهتياج والزورية والذهان ، وفي حال وجودها فهي ثانوية مع فقدان الإدراك.

II. العته من نمط ألزهايمر

A. التشخيص

1. إن عته ألزهايمر هو النوع الأكثر شيوعاً في العته، ويجب أن يُسيطر على الاكتئاب لدى الأشخاص المسنين المشوشين لأن المرضى المكتئبين لديهم أيضاً مشكلات إدراكية (الفصل 12).

2. تترافق الشيخوخة الطبيعية مع نقص القدرة على تعلم معلومات جديدة بسرعة مع بطء عام للعمليات الفكرية، وعلى عكس مرض ألزهايمر فإن التغيرات المترافقة مع الشيخوخة الطبيعية لا تتداخل مع النشاطات الطبيعية.

B. الطريقة السريرية

1. يبدي المرضى فقداناً تدريجياً للذاكرة وللقدرات العقلية وعدم القدرة على التحكم بالدافع ونقص المحاكمة.

2. تشتمل الأعراض لاحقاً في المرض على التشويش والذهان ومن ثم تتطور إلى السبات والموت (عادة من 8 إلى 10 سنوات من التشخيص).

C. الفيزيولوجيا المرضية

1. تتضمن العوامل التشريحية العصبية والنواقل العصبية والوراثية على المستوى العياني والمجهري في مرض ألزهايمر (الجدول 13-2).

2. يشاهد مرض ألزهايمر بشكل أكثر شيوعاً عند النساء وربما كان العلاج البديل للأستروجين تأثير وقائي لدى النساء بعد انقطاع الطمث (سن اليأس).

الجدول 13-1 : خصائص الاضطرابات الإدراكية

الخاصية	الهذيان	العته	الاضطرابات النسيانية
لقطة لمريض	• امرأة بعمر 70 سنة من دون قصة نفسية بدت مشوشة ومرعوبة بعد عملية إصلاح أم الدم الأبهري بثلاثة أيام.	• مصرفي متقاعد بعمر 76 سنة. إنه رشيق لكنه لا يستطيع أن يربط ذهنياً ما بين اليوم والشهر والسنة ولا يستطيع تعريف المادة الموجودة بيده بأنها كأس.	• يدعي رجل رشيق بعمر 50 عاماً مع قصة استعمال للكحول لمدة 30 سنة أنه ولد في عام 1985.
العلامات المميزة	• اضطراب الوعي.	• فقدان الذاكرة والقدرات العقلية ولكن مع مستوى طبيعي للوعي.	• فقدان الذاكرة مع بعض المشكلات الإدراكية الأخرى والمستوى الطبيعي للوعي.
الحدوث	• أكثر شيوعاً في الأطفال والمعمرين. • يسبب اضطرابات نفسية في المرضى الجسميين أو الخاضعين للجراحة.	• تزداد الحادثة مع العمر. • تُرى في حوالي 25% من الأشخاص فوق عمر 65 سنة.	• لدى المرضى بشكل شائع قصة لسوء استعمال كحولي.
السببيات	• مرض الجهاز العصبي المركزي CNS، رضّ أو إنتان. • مرضى جهازي. • حمى عالية. • سوء استعمال المادة. • انسحاب المادة.	• مرض ألزهايمر. • مرض وعائي. • مرض CNS، رضّ أو إنتان (مثلاً HIV).	• عوز الثيامين كنتيجة لإدمان كحولي طويل الأمد (سوء استعمال كحولي) ويساهم في تخريب بنيات الفص الصدغي المتوسط (متلازمة كورساكوف) • رضّ الفص الصدغي، مرض أو إنتان. • التهاب الدماغ بالحلا البسيط.

الخاصية	الهذيان	العته	الاضطرابات النسيانية
الموجودات الجسدية المرافقة	• مرض طبي حاد. • سوء وظيفة الجهاز الذاتي. • EEG شاذ (غير طبيعي)	• لا يوجد مرض طبي. • سوء وظيفة بسيط في الجهاز الذاتي. • EEG طبيعي.	• لا يوجد مرض طبي. • سوء وظيفة بسيط في الجهاز الذاتي. • EEG طبيعي.
الموجودات النفسية المرافقة	• توجه فقير نحو المكان والزمان. • توهمات أو هلوسات. • قلق واهتياج. • الأعراض تسوء في الليل.	• لا توجد أعراض ذهانية. • اكتئاب. • قابلية قليلة للتغير.	• لا توجد أعراض ذهانية. • اكتئاب. • قابلية قليلة للتغير.
السير	• يتطور بسرعة. • سير متقلب مع فترات من الصحو.	• يتطور ببطء. • سير مترق.	• يعتمد السير على السبب.
العلاج والإنذار	• نقص المنبه الحسي الخارجي. • تحديد وعلاج السبب الدوائي المستبطن عادة يخفف الأعراض.	• تقديم دعم طبي ونفسي. • غير عكوس عادة.	• تحديد وعلاج السبب الطبي المستبطن. • ربما يكون مؤقتاً أو مزمناً، اعتماداً على السبب.

* *CNS = الجهاز العصبي المركزي،*
EEG - تخطيط كهربائية الدماغ

الجدول 13-2: الفيزيولوجيات المرضية لمرض ألزهايمر

التصنيف	الخصائص
التشريح العصبي العياني	• توسع البطينات الدماغية، ضمور منتشر، تسطح الأخاديد.
التشريح العصبي المجهري	• صفيحات شيخية وتشابكات ليفية عصبية (تشاهد أيضاً في متلازمة داون وإلى درجة أقل في الشيخوخة الطبيعية). • نقص العصبونات الكولينية في الدماغ الأمامي القاعدي. • نقص عصبوني وتنكس في حصان البحر والقشر.
الفيزيولوجيا العصبية	• نقص مستويات الدماغ من أستيل ترانسفيراز التي هي ضرورية لصنع الأستيل كولين. • معالجة غير طبيعية للبروتين الطليع للمادة النشوانية. • نقص سيولة الأغشية كنتيجة للتنظيم غير الطبيعي لاستقلاب فوسفوليبيد.
النواقل العصبية	• نقص نشاط الأستيل كولين ونورإبينفرين. • نشاط غير طبيعي للسوماتوستاتين والببتيد المعوي الفعال والكورتيكوتروبين.
الموجودات الوراثية	• شذوذات في الصبغية 21 (كما في متلازمة داون). • شذوذات في الصبغيات 1 و14 تضمن خاصة في حدوث مرض ألزهايمر قبل عمر 65 سنة. • امتلاك نسخة واحدة على الأقل من المورث E4 على الصبغي 19.

D. العلاج

1. تشمل المداخلات الدوائية

a. الأدوية الموجهة نفسياً لعلاج الأعراض المترافقةمع القلق والاكتئاب أو الذهان.

b. مثبطات إستراز الأستيل كولين. يستخدم Tacrine (Cognex)، donepezil (Aricept)، rivastigmine (Exelon)، galantamine (Reminyl) وهو دواء جديد ليؤقت التقدم البطيء للمرض، ولا تستطيع هذه الأدوية استعادة وظيفة قد فُقدت سابقاً.

2. تتضمن المداخلات السلوكية الأكثر فعالية التزود بتنظيم البيئة المحيطة وتشمل:

a. وضع ورق على الأبواب محدداً وظيفة الغرفة.

b. تقديم معلومات يومية مكتوبة عن الوقت والتاريخ والسنة.

c. تقديم جداول نشاطات يومية مكتوبة.

d. تقديم تدابير أمن عملية (مثلاً فصل الموقد "المدفأة").



الاضطرابات النفسية الأخرى

Other Psychiatric Disorders

I. اضطرابات القلق

لقطة لمريض 14-1. رجل بعمر 40 سنة أخبر طبيبه أنه يقلق كثيراً بأفكار أنه سيموت في حادث وخصوصاً خلال الليل، ويقول المريض إنه كلما بدأ القلق حول هذا المرض فإنه يشعر أفضل إذا نهض من فراشه ليتأكد من أن الموقد منطفئ ويقول إنه غالباً ما يكون متعباً لأنه ينهض من فراشه بشكل متكرر جداً خلال الليل.

ما الاضطراب الذي يعاني منه هذا المريض؟ وما العلاج الأكثر فعالية؟ (انظر الجدول 14-1 و I C 2).

A. الخصائص

1. الخوف هو ارتكاس طبيعي لمصدر خطر بيئي معروف، ويعاني الشخص المصاب بالقلق من التوجس، لكن مصدر الخوف غير معروف أو غير كافٍ للتسبب في الأعراض.

2. الخصائص الجسدية للقلق هي مشابهة لتلك الموجودة عند الخوف وهي تتضمن: تعب وارتعاش ودوام وخفقانات (معاناة شخصية

لتسرع القلب) وتوسع الحدقة ونخز في الأطراف وتنمل حول الفم واضطرابات هضمية مثل الإسهال والبول المتكرر.

3. تشمل الأسباب العضوية للقلق: زيادة استهلاك الكافيين وسوء استعمال المادة وعوز الفيتامين B_{12} وفرط نشاط الدرقية ونقص السكر وفقر الدم ومرض رئوي واضطراب النظم القلبي وورم القواتم (ورم الكظر).
4. تشمل النواقل العصبية المشتركة مع تظاهرات القلق: نقصان (GABA) ونقص فعالية السروتونين وزيادة فعالية النورإبينفرين (انظر الفصل 9).

B. **التصنيف.** تشمل تصنيفات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع المعدل (DSM-IV-TR) لاضطرابات القلق: اضطراب الهلع والرهابات والاضطراب الوسواسي القسري واضطراب الشدة ما بعد الرض واضطراب القلق المعمم.

C. **العلاج**

1. البنزوديازيبينات والبوسبيرون تستخدم لعلاج القلق (انظر الفصل 10) وحاصرات β استخدمت أيضاً وخصوصاً للسيطرة على الأعراض الذاتية للقلق.
2. مضادات الاكتئاب وخصوصاً مثبطات إعادة التقاط (قبط) السروتونين انتقائياً (SSRIs) (انظر الفصل 10) وهي العلاج الأكثر فعالية للمدى الطويل لاضطراب الهلع والاضطراب الوسواسي القسري.

الجدول 14-1 : تصنيفات DSM-IV-TR لاضطرابات القلق واضطرابات التكيف

التصنيف	الخصائص
اضطراب الهلع Panic disorder	• فترات عرضية (حوالي مرتين أسبوعياً) لقلق مكثف مع بدء مفاجئ وتستمر كل عارضة تقريباً حوالي 30 ثانية. • أعراض قلبية وتنفسية وشعور بالهلاك الوشيك الحدوث. • أكثر شيوعاً في النساء الشابات في العشرينات. • يمكن إنقاص الهجمات بتطبيق لاكتات الصوديوم أو CO_2. • مركب (عنصر) وراثي قوي.
الرهابات (النوعي والاجتماعي)	• خوف غير منطقي من أشياء محددة (الأفاعي، السفر بالطائرة) أو مواضيع اجتماعية (الحديث علانية، الأكل في الأماكن العامة، استعمال دورات المياه العامة). • يتجنب المريض بسبب الخوف الموضوع أو الحالة الاجتماعية ويؤدي هذا التحاشي إلى مشكلات مهنية واجتماعية.
الاضطراب الوسواسي القسري	• تكرار غير مرغوب، أفكار ومشاعر وتخيلات اقتحامية متكررة (هواجس) تسبب القلق. • القيام بأعمال متكررة (قسراً مثل غسل اليد) تهدئ القلق. • المرضى لديهم بصيرة (يدرك المرضى أن هذه الوساوس والأعمال القسرية هي غير منطقية ويريدون التخلص منها).
اضطراب القلق المعمم	• أعراض دائمة للقلق تستمر 6 أشهر أو أكثر. • الأعراض المعدية المعوية هي الشائعة. • لا ترتبط الأعراض بشخص أو حالة معينة (الأعراض هي "عائمة بحرية").
اضطراب الشدة ما بعد الرض (PTSD) واضطراب شدة حاد (ASD)	• أعراض عاطفية وذكريات اقتحامية وذنب وأعراض منفصلة تحدث بعد كارثة محتملة أو حادثة مهددة للحياة (زلزال، حريق، حادث خطير أو (حادث مؤلم). • في PTSD تدوم الأعراض لأكثر من شهر ويمكن أن تستمر لسنوات. • في ASD تدوم الأعراض فقط بين 2 يوم إلى 4 أسابيع.

التصنيف	الخصائص
اضطراب التكيّف	• أعراض عاطفية (مثلاً قلق، اكتئاب، مشكلات سلوك) تسبب ضعفاً في العمل والمدرسة والحالات الاجتماعية التي تحدث خلال 3 أشهر وتستمر أقل من 6 أشهر بعد حادثة حياة صعبة (مثلاً طلاق، إفلاس، انتقال).

DSM-IV-IR: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع المعدل للجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 2000.

❖ اضطرابات الهلع قد يرافقها رهاب الساح أو لا يرافقها.

II. اضطرابات جسمية الشكل، الاضطراب المصطنع والتمارض

لقطة المريض 14-2. رجل بعمر 50 سنة يقول بأنه شعر بالمرض و"الضعف" منذ 10 سنوات، غيّر أطباء بشكل متكرر (كثيراً) عندما لم يستطيعوا إيجاد أي علة معه. هو غالباً يُخفف العمل لأنه يشعر بالمرض. وهو الآن خائف أن يكون مصاباً بالسرطان وإن الفحص الجسدي لم يجد شيئاً.

ما التشخيص الأفضل الذي يناسب هذه الصورة السريرية (الوصف) وما العلاج الأكثر فعالية ؟ (انظر الجدول 14-2 و II A 4).

A. الخصائص والتصنيف والعلاج

1. يتميز المرضى المصابون باضطرابات جسمية الشكل بأن لديهم أعراض جسمية بدون سبب عضوي كافٍ. والتشخيص التفريقي الأكثر أهمية هو مرض عضوي غير محدد.

2. تصنيفات DSM-IV-TR للاضطرابات جسمية الشكل خصائصها مسجلة في الجدول 14-2.

3. الاضطرابات جسمية الشكل هي أكثر شيوعاً في النساء مع استثناء المراقبة التي تُشاهد بشكل متساوٍ في الرجال والنساء.

الجدول 14-2 : تصنيف الاضطرابات جسمية الشكل وفق DSM-IV-TR

التصنيف	الخصائص
اضطراب التجسيد	• تاريخ من الشكاوى الجسدية المتعددة (غثيان، ضيق نفس، مشكلات طمثية، ..) لسنوات عدة. • البداية قبل عمر 30 سنة.
اضطراب التحويل	• فقد مفاجئ للوظيفة الحركية الحسية (عمى، شلل، ...) • تترافق عادة مع أحداث حياتية ضاغطة. • يبدو المريض غير مبالٍ. • أكثر شيوعاً عند المراهقين والبالغين.
الراقية	• المبالغة في القلق حول الصحة والمرض يستمر أكثر من 6 أشهر. • التجول على الكثير من الأطباء بحثاً عن المساعدة. • أكثر شيوعاً في الأعمار المتوسطة والمتقدمة.
اضطراب عسر المزاج الجسيم	• اعتقاد المريض بأنه شخص فوق عادي (أكثر من عادي). • رفض المريض أن يظهر في الأماكن العامة. • البداية في أواخر سن المراهقة.
اضطراب الألم	• شعور المريض بألم شديد ولأمد طويل غير ناتج عن مرض جسدي. • البداية بين 30-40 عاماً.

4. يشمل العلاج تشكيل علاقة جيدة بين الطبيب والمريض متضمنة برمجة مواعيد منتظمة وتوفير الطمأنينة المستمرة

B. **الاضطراب المصطنع والتمارض.** يعتقد الأشخاص المصابون بالاضطراب جسدي الشكل أنهم مرضى. ولكن المرضى المصابين بالاضطراب المصطنع والاضطرابات المرتبطة يزعمون (يدعون) المرض من أجل كسب مادي أو نفسي (الجدول 14-3).

الجدول 14-3 : تصنيف DSM-IV-IR للاضطراب المصطنع والتمارض

التصنيف	الخصائص
الاضطراب المصطنع	• تمثيل واعٍ أو إحداث مرض نفسي أو جسدي بهدف تلقي عناية من الملاك الطبي. • يتلقى المرضى إجراءات جراحية وطبية غير ضرورية. • ربما لديه "بطن شبكية" (جروح متعددة من عمليات جراحية متكررة).
الاضطراب المصطنع بالوكالة	• تمثيل واعٍ أو إحداث مرض نفسي أو جسدي في شخص آخر وبشكل نموذجي في طفل من قبل الوالد ليتلقى رعاية من الملاك الطبي. • هو شكل الإساءة إلى الطفل ويجب أن يُقدم تقرير لحقوق خير الطفل.
التمارض	• تمثيل واعٍ لمرض نفسي أو جسدي من أجل كسب مادي أو أي كسب من نوع آخر. • تجنب العلاج بالملاك الطبي. • توقف الشكاوي الصحية عندما يحصلون على الربح المطلوب.

III. اضطرابات الشخصية[3]

لقطة المريض 14-3. رجل بعمر 45 سنة يطلب من طبيبته أن تراه أولاً في حين كان لديه موعد معها. وارتأى المريض بأن الطبيبة يجب أن لا تكون منزعجة من هذا الطلب، ولكن بدلاً من ذلك يجب أن تفهم أنه أفضل "متفوق" من مرضاها الآخرين.

ما الاضطراب الشخصي الأفضل الذي يناسب هذا الوصف السريري؟ (انظر الجدول 14-4).

A. الخصائص والتصنيف

1. المرضى المصابون باضطرابات الشخصية لديهم أنماط غير ملائمة في العلاقة مع الآخرين وصلبة ومديدة وهي بدورها قد تسبب مشكلات مهنية واجتماعية.
2. تُصنف اضطرابات الشخصية من قبل DSM-IV-IR على ثلاث مجموعات: المجموعات A وB وC كل واحدة مع خصائص محددة وارتباطات عائلية (الجدول 14-4).

B. العلاج. عادة المرضى المصابين باضطرابات الشخصية ليسوا مدركين لمشكلاتهم ولا يحتاجون مساعدة نفسية، وربما يكون العلاج النفسي الجماعي والفردي مفيداً لأولئك الذين يحتاجون مساعدة.

---

3 للتوسع يرجى الاطلاع على كتابي "فكرة وجيزة عن اضطرابات الشخصية" الطبعة الثانية 2007 الصادر من دار شعاع للنشر والعلوم (المترجم).

الجدول 14-4 : تصنيف DSM-IV-IR لاضطرابات الشخصية

التصنيف	الخصائص
المجموعة A	العلامات المميزة: غريب الأطوار، يتجنب العلاقات الاجتماعية وغير ذهاني. ارتباطات وراثية: أمراض ذهانية.
الزورية	• شكاك، قليل الثقة، محب للخصام. • يعزو المسؤولية في مشكلاته الخاصة إلى الآخرين. • يشك في دوافع الطبيب عندما يمرض.
الفصامانية	• شكل مدى الحياة لانعزال اجتماعي طوعي بدون ذهان. • يزداد انسحابه حينما يمرض.
فصامي الشكل	• مظهر غريب. • أنماط تفكير وسلوك شاذة بدون ذهان.
المجموعة B	العلامات المميزة: مبالغ، تائه. ارتباطات وراثية: اضطرابات المزاج وسوء استعمال المادة.
الهيسريائية	• انبساطي، عاطفي، سلوك مثير جنسياً. • عدم القدرة على الحفاظ على علاقات حميمية. • يظهر أعراضه بشكل مبالغ فيه عندما يمرض.
النرجسية	• الفخامة، الحسد، شعور بمؤهل. • نقص العاطفة نحو الآخرين. • المرض يمكن أن يهدد الصورة النفسية للذات. • الإلحاح على العلاج الخاص عندما يمرض.
المعادية للمجتمع	• عدم القدرة أن يعمل وفق القوانين الاجتماعية، الإجرام. • يُشخص كاضطراب تصرف في أولئك الشباب الأصغر من 18 سنة. • المصطلحات المفروضة هي اعتلالات نفسية واجتماعية.

التصنيف	الخصائص
الحدية	• سلوك ومزاج متهور وغريب الأطوار. • الشعور بالضجر والفراغ والوحدة. • محاولات انتحارية لأسباب تافهة. • إيذاء ذاتي.
المجموعة C	العلاقات المميزة: خائف وقلق. الارتباط الوراثي: اضطرابات القلق.
المتحاشية	• حساس للرفض. • خجل ومنعزل اجتماعياً. • شعور بالدونية.
الوسواسية القسرية	• نظامي، عنيد، متردد. • كمالي. • يخاف فقدان السيطرة ويحاول عندما يمرض أن يتحكم بالطبيب.
الاعتمادية	• الحاجة إلى الثقة بالنفس. • يسمح للآخرين بتحمل المسؤولية. • الحاجة المتزايدة لرعاية الطبيب عندما يمرض.
العدوانية المنفعلة	• المماطلة، العناد، عدم الفعالية. • يبدو مطاوعاً لكنه في الحقيقة هو متحدٍّ. • يفشل في الاستجابة لنصائح المعالجة.

IV. الاضطرابات الانفصالية

لقطة لمريض 14-4. بائع متجول بعمر 30 سنة من نيوجرسي وُجد يعمل في مركز تسوق شريط في أوهيو، وهو لا يتذكر حياته السابقة ولا كيف أتى إلى أوهيو وإن مستوى وعيه طبيعي وليس هناك دليل على وجود أذية رأس.

ما التشخيص المناسب لهذا الوصف السريري؟ (انظر الجدول 14-5).

الجدول 14-5 : تصنيف DSM-IV-IR للاضطرابات الانفصالية

التصنيف	الخصائص
النساوة الانفصالية	• عدم القدرة على تذكر معلومات شخصية مهمة.
الشراد الانفصالي	• تجمع النساوة مع التجول المفاجئ من المنزل وانتحال هوية مختلفة.
اضطراب الهوية الانفصالي (دُعي سابقاً اضطراب الشخصية المتعددة)	• على الأقل شخصيتين منفصلتين داخل شخصية. • أكثر شيوعاً في النساء. • يترافق مع إيذاء جنسي في الطفولة.
اضطراب تبدد الشخصية	• مشاعر متكررة ودائمة بالانفصال عن الذات والمكانة الاجتماعية أو البيئية (تبدد الواقع).

A. الخصائص

1. تتميز الاضطرابات الانفصالية بفقدان مؤقت للذاكرة أو للهوية الذاتية أو بمشاعر انفصال بسبب عوامل نفسية ولا يوجد ذهان.

2. غالباً ترتبط هذه الاضطرابات بحوادث نفسية مضطربة في الماضي القريب أو البعيد.

3. يشمل التشخيص التفريقي للاضطرابات الانفصالية : فقدان ذاكرة يحدث كنتيجة لأذية الرأس وسوء استعمال المادة أو عوامل أخرى.

B. التصنيف والعلاج

1. تصنيفات DSM-IV-IR للاضطرابات الانفصالية مسجلة في الجدول 14-5.

2. يتضمن العلاج تنويماً ومقابلات صوديوم أموباربيتال (انظر الفصل 16) وعلاجاً نفسياً لشفاء الذواكر "المفقودة".

V. البدانة واضطرابات الأكل

لقطة لمريض 14-5. والدة فتاة بعمر 15 سنة تخبرك بأنها قلقة لأنها غالباً ما تجد أغلفة الشوكولا والكعكة المحلاة تحت الفراش في غرفة نوم ابنتها وهي عضو في كل من فريق الباحة وفريق السباق في المدرسة. والفتاة ذات وزن طبيعي، وعندما سئلت تذكرت الأم أن ابنتها كان لديها 10 نخور في آخر جلسة سنية.

ما التشخيص الأفضل لهذه الفتاة وما العلاج الذي سيكون أكثر فائدة؟ (انظر الجدول 14-6 و V B 3).

الجدول 14-6: البدانة واضطرابات الأكل

التصنيف	الخصائص الاجتماعية / النفسية	الخصائص الفيزيولوجية
البدانة	• تحدث في أكثر من 25% من البالغين في الولايات المتحدة. • عوامل وراثية قوية. • أكثر شيوعاً في المجموعات الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة.	• وزن الجسم على الأقل 20% أكثر من الوزن المثالي (جداول مناسبة). • زيادة خطورة الإصابة بمرض القلبي وعائي وبعض السرطانات والفُصال العظمي وداء السكري ومشكلات تنفسية.
القهم العصبي	• حمية شديدة. • عادات أكل غير طبيعية (مثلاً التظاهر بالأكل). • اضطراب في تخيل صورة الجسم وخوف مسيطر من أن يصبح بديناً. • فقدان الاهتمام الجنسي. • تمارين قاسية.	• فقدان وزن شديد (خسارة 15% من وزن الجسم). • شهية طبيعية ولكن رافضة للأكل. • انقطاع الطمث (3 دورات طمثية متتالية أو أكثر). • زغب (شعر جسد أزغب على البدن).

التصنيف	الخصائص الاجتماعية / النفسية	الخصائص الفيزيولوجية
	• سوء استعمال الملينات ومدرات البول أو الحقن. • أكثر شيوعاً في المراهقين والبالغين الشباب. • إنجاز علمي عالٍ (كفاءات جامعية عليا). • صراعات داخل العائلة وخصوصاً بين الأم والابنة. • مزاج طبيعي.	• تصبغات داكنة (مناطق داكنة على الكولون إذا كان هناك سوء استعمال للملينات). • خطر زائد لتخلخل العظام. • نقص دم معتدل ونقص الكريات البيض. • اضطرابات كهارل (اضطرابات الشوارد).
الشراهة العصبية	• أكل احتفالي سري يُتبع بإقياء مُحرّض. • تمارين كثيفة (شديدة). • سوء استعمال الملينات ومدرات البول و/أو الحقن. • تصور سيئ للذات. • اكتئاب.	• وزن جسم طبيعي. • دوالٍ مرئية بسبب الإقياء المتكرر. • تآكل ميناء الأسنان بسبب وجود الحمض المعدي في الفم. • تورم أو إنتان الغدد النكفية. • ثفينات على ظهر الكف نتيجة تحريض الإقياء. • اضطرابات الشوارد (كهارل).

A. **التصنيف والخصائص**

1. البدانة واضطرابات الأكل مثل القهم العصبي والشراهة العصبية تحدث غالباً في النساء أكثر من الرجال (الجدول 14-6).
2. القهم والشراهة هي أكثر شيوعاً خلال سنوات المراهقة وفي المجموعات الاقتصادية الاجتماعية المرتفعة.

B. العلاج

1. العلاج من أجل البدانة. التقنيات الجراحية وبرامج فقدان الوزن والحمية التجارية هي فعالة في البداية لعلاج البدانة. ولكنها ذات قيمة قليلة في الحفاظ على الوزن على المدى الطويل. وإن أغلب الأشخاص يستعيدون الوزن الذي فقدوه خلال 5 سنوات، وإن الطريقة المثلى للمدى الطويل هي بالمشاركة بين الحمية والتمرين.
2. علاج القهم العصبي. مبدئياً تُعالج حالة تهديد الحياة بالدخول إلى المشفى لاستعادة (لترميم) الحالة الغذائية، وإن العلاج العائلي هو الصيغة الأكثر فعالية (فائدة) للعلاج النفسي لهذا الاضطراب.
3. يتضمن علاج الشراهة العصبية. العلاج النفسي والعلاج السلوكي.
4. مضادات الاكتئاب وخصوصاً SSRIs هي ذات فعالية للشراهة العصبية أكثر من القهم العصبي.

VI. الاضطرابات النفسية العصبية في الطفولة

A. التصنيف. تشمل هذه الاضطرابات الطفولية: الاضطرابات التطورية السائدة، اضطراب فرط النشاط الحركي مع نقص الانتباه (ADHD)، اضطراب السلوك الممزق (التمزيقي)، متلازمة Tourette، اضطراب قلق الانفصال والخرس الانتقائي، وإن خصائصها موجودة في الجدول (7-14).

B. الحدوث. مع استثناء اضطراب Rett والخرس الانتقائي فإن كل هذه الاضطرابات هي أكثر شيوعاً في الصبيان من البنات.

الجدول 14-7: الاضطرابات النفسية العصبية في الطفولة

التصنيف	الخصائص
	الاضطرابات التطورية السائدة
الاضطراب التوحدي	• يبدأ قبل عمر 3 سنوات، غنه نادر. • مشكلات خطيرة في التواصل لكن سمع طبيعي. • مشكلات هامة في تشكيل العلاقات الاجتماعية متضمنة تلك التي مع الرعاة. • سلوك متكرر (مثلاً دوران سريع، أذية ذاتية). • قدرات غير عادية (مثلاً الحساب) عند بعض الأطفال معروفة مثل العلماء. • ذكاء عادة تحت الطبيعي. • سببيات عصبية (ليس نفسية). • قصة مضاعفات حوالي الولادة. • عنصر وراثي. • يتضمن العلاج زيادة المهارات الاجتماعية والتواصلية والعناية الذاتية. • إنذار سيئ، يستطيع البعض العيش والعمل باستقلال.
اضطراب Asperger	• شكل معتدل من الاضطراب التوحّدي. • مشكلات هامة في تشكيل العلاقات الاجتماعية. • سلوك متكرر. • مهارات إدراكية ولفظية طبيعية.
اضطراب Rett	• فقدان التطور الإدراكي واللفظي والاجتماعي مؤدياً إلى تخلف عقلي بعد أكثر من 4 سنوات من الأداء الطبيعي. • يُشاهد فقط في البنات وإن الذكور المرضى يموتون قبل الولادة. • حركات متكررة للي اليدين.

التصنيف	الخصائص
	ADHD واضطرابات السلوك المزق
اضطراب فرط النشاط الحركي مع نقص الانتباه ADHD	• البداية من الطفولة المبكرة. • شائع نسبياً ويحدث في 3% إلى 5% من الأطفال. • فرط حركة و/ أو تحديد مجال الانتباه. • الميل إلى التورط بحوادث. • هيوجية وعدم استقرار عاطفي واندفاعية. • خلل وظيفة دماغية صغير. • ذكاء طبيعي. • يُعالج بتناول منبهات CNS مثل ميتيل فينيدات (Ritalin) (صيغة فعالية طويلة) أو Pemoline (Cylert) ويمكن أيضاً أن يُعالج بمضادات الاكتئاب (إميرامين). • يحتفظ 20% من المرضى بالخصائص إلى البلوغ.
اضطراب السلوك	• سلوك مستمر يعتدي فيه على القواعد الاجتماعية (أذية الحيوانات، السرقة، إضرام النار). • في عمر 18 سنة وأكبر، يُشخص هذا الاضطراب كاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (انظر الجدول 14-4).
اضطراب المتحدي المعارض	• تمرد مستمر وسلوك متواصل وجريء وغير مذعن (مثلاً مولع بالجدال وسريع الاستياء) تجاه أشكال السلطة (مثلاً الأبوين، الأساتذة). • لا يعتدي على قواعد السلوك الاجتماعي.
	الاضطرابات الأخرى في الطفولة
اضطراب Tourette	• إنه نادر ما يبدأ الاضطراب قبل عمر 18 سنة وعادة بعمر 7-8 سنوات. • عرة لفظية وعرة حركية. • استعمال غير إرادي للتجديف. • ارتباط وراثي مع اضطراب ADHD والاضطراب الوسواسي القسري. • Haloperiodol هو العلاج الرئيس وPimozide هو فعال أيضاً.

التصنيف	الخصائص
	• أعراض مزمنة مدى الحياة.
اضطراب قلق الانفصال	• خوف مسيطر من فقدان أشكال الاتصال الرئيسة (مثلاً الأم). • يشكو الطفل من أعراض جسمية ليتجنب الذهاب إلى المدرسة. • العمر الأكثر شيوعاً للبدء هو من 7 إلى 8 سنوات وربما يحدث في أطفال عمر المدرسة.
الخرس الانتقائي	• الطفل يرفض التكلم في بعض أو كل المواضيع الاجتماعية وربما يتواصل بالإيماءات. • خجل غير طبيعي. • أكثر شيوعاً في الفتيات.

ADHD : اضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه

CNS: الجهاز العصبي المركزي

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

1-14 يعاني هذا الرجل من الاضطراب الوسواسي القسري OCD الذي هو اضطراب القلق، هو منزعج من أفكار غير مرغوبة (وساوس) ومتكررة عن الموت العنيف. وهذه الوساوس تُشفى من خلال الانشغال بأفعال متكررة (تفحص الموقد). إن الدواء الأكثر فعالية للمدى الطويل للاضطراب الوسواسي القسري هو مضادات الاكتئاب وخصوصاً مثبطات إعادة التقاط (قبط) السروتونين انتقائياً.

2-14 يعاني هذا المريض من المراقية وهو اضطراب جسمي الشكل. إن الشخص ليس مريض جسدياً ولكن لديه اهتمام مبالغ عن المرض ويذهب إلى "سوق الأطباء" ليحصل على مساعدة، وإن العلاج الأكثر فعالية للطبيب هو توفير دعم وجدول مواعيد منتظم وإعطاء الطمأنينة للمريض.

3-14 الاضطراب الذي يناسب هذا الوصف السريري هو اضطراب الشخصية النرجسية، وإن الناس المصابين بهذا الاضطراب لديهم إحساس بمؤهل خاص وغالباً ما يلحون على معالجة خاصة من قبل الآخرين فيما يتضمن الأطباء.

4-14 من المحتمل أن هذا الشخص يعاني من الشراد الانفصالي. والناس المصابون بهذا الاضطراب النفسي لديهم مستوى وعي طبيعي ولكن لديهم مشكلات دائمة متعلقة بالتجول خارج المنزل.

5-14 من المحتمل أن هذه الفتاة التي عمرها 15 سنة تعاني من الشراهة العصبية التي تتضمن أكلاً احتفالياً ومن ثم التقيؤ لتجنب كسب الوزن. إن الشاهد على الأكل السري لطعام عالي الطاقة، وتسوس الأسنان بسبب تآكل ميناء الأسنان بسبب التقيؤ يوفر شاهداً لهذه الحالة. ويشمل علاج الشراهة دواء مضاد الاكتئاب والعلاج النفسي.


www.iqra.ahlamontada.com



الانتحار

Suicide

لقطة لمريض 15-1. فتاة مكتئبة بعمر 18 سنة أُدخلت إلى المشفى وأخبرت طبيبها أنها تخطط أن تقتل نفسها ببندقية والدها عندما تخرج من المشفى، وقد ألحت في الذهاب إلى المنزل. إن الأب يريد أن تعود ابنته إلى المنزل ووعد بأن يتخلص من البندقية.

ماذا سيفعل الطبيب؟ (انظر B II).

I. الوبئيات Epidemiology

A. **الانتحار** هو السبب التاسع المؤدي للموت في الولايات المتحدة بعد مرض القلب والسرطان والسكتة الدماغية ومرض الانسداد الرئوي المزمن والحوادث وذات الرئة وداء السكري وAIDS.

B. **معدل الانتحار في الولايات المتحدة** هو وسط نسبته في البلدان الأخرى المتطورة.

II. السلوك الانتحاري

A. المحاولة

1. بشكل تقريبي تبلغ محاولات الانتحار تسعة أضعاف الانتحارات الحقيقية، وبشكل تقريبي 30% من الناس الذين يحاولون الانتحار يحاولون مجدداً و10% منهم ينجحون.

2. غالباً ما يرتكب الرجال الانتحار بشكل أنجح من النساء بثلاث أضعاف مع أن النساء غالباً ما يحاولن الانتحار أربعة أضعاف الرجال.

B. التقييم السريري. يجب على الأطباء أن يقيموا خطر الانتحار خلال كل فحص للمريض الذي ربما يكون لديه مزاج مكتئب.

1. يُقترح أن يبقى المريض في المشفى إذا كان التهدد خطيراً والمريض قد أدخل المشفى.

2. الدخول إلى المشفى بغير طواعية وبشكل إسعافي قد استُخدم للمرضى الذين لا يستطيعون أو لن يوافقوا للدخول إلى المشفى ويطلبون شهادة من طبيب أو طبيبين. ويستطيع الطبيب بالاعتماد على قانون الولاية الفردي أن يحتجز لمدة تبلغ 15-60 يوماً قبل أخذ رأي المحكمة.

III. عوامل الخطر (الجدول 15-1)

A. المراتب المتسلسلة للخطر. العوامل الأعلى خطورة للانتحار (في الترتيب التناقصي للخطر) هي:

1. محاولة انتحارية جدية سابقة.

2. الأكبر من عمر 45 سنة.

الجدول 15-1 : عوامل خطورة الانتحار

العامل	تزايد الخطر	نقصان الخطر
الجنس	ذكر	أنثى
العمر	• المسنون ومتوسطو العمر. • المراهق (السبب الثالث المؤدي للموت في هذه المجموعة).	• الأطفال. • البالغ الشاب (عمر 25-40 سنة).
المهنة	• ماهر.	• غير ماهر.
الطائفة والدين	• قوقازي. • يهودي. • بروتستانتي.	• ليس قوقازي. • كاثوليك. • مسلم.
العلاقات الاجتماعية والعمل	• غير متزوج، مطلق أو أرمل (خصوصاً الرجال). • يعيش وحيداً. • غير عامل.	• متزوج. • أنماط دعم اجتماعية قوية. • لديه أطفال. • عامل.
قصة عائلية	• أحد الوالدين ارتكب الانتحار (قام بالانتحار). • الفقدان المبكر لأحد الوالدين بالطلاق أو الموت.	• لا يوجد قصة عائلية للانتحار. • عائلة سليمة في الطفولة.
الصورة النفسية	• اكتئاب شديد. • أعراض ذهانية. • يأس. • تهور.	• اكتئاب معتدل. • لا أعراض ذهانية. • بعض الأمل. • يستنبط الحلول.

العامل	تزايد الخطر	نقصان الخطر
الصحة	• مرض طبي خطير.	• صحة جيدة.
سلوك انتحاري سابق	• محاولة انتحارية جدية سابقة. • كان الإنقاذ بعيداً. • أقل من 3 أشهر منذ آخر محاولة.	• لا محاولة سابقة. • الإنقاذ كان متعذراً اجتنابه. • أكثر من 3 أشهر منذ آخر محاولة.
الطريقة	• جرح ذاتي من طلقة من البندقية. • تحطيم عربته الخاصة. • الشنق الذاتي. • القفز من مكان عالٍ.	• إفراط في تناول حبات الدواء. • شق معصمه.

3. الاعتماد على الكحول.
4. قصة سلوك عنيف.
5. الجنس الذكري.

B. الاكتئاب

1. إن المرضى الشافين من اكتئاب شديد هم في خطر عالٍ لارتكاب الانتحار أكثر من أولئك الذين ما يزالون مكتئبين بشدة. والسبب في ذلك هو أن أولئك المرضى قد استردوا وضوحاً كافياً للفكر والطاقة ليتصرفوا وفق أفكارهم الانتحارية.
2. الظهور المفاجئ للسلام (للأمن) في مريض مكتئب ومهتاج سابقاً هو عامل خطر آخر للانتحار وهذا ربما يدل على أن المريض قد توصل لقرار داخلي أن يقتل نفسه وهو الآن هادئ.

3. المرضى المكتئبون الذين يعتقدون أن لديهم مرضاً خطيراً هم في خطر متزايد ومعظم المرضى الذين ارتكبوا الانتحار قد زاروا الطبيب مع شكوى جسدية في 6 أشهر السابقة للقيام بالفعل.

C. **المهنة**. يتزايد خطر الانتحار بين النساء الماهرات خصوصات الطبيبات. وتتضمن خطورة التعرض لكل من الجنسين من المهن التالية: أطباء الأسنان، موظفي الشرطة، المحامين والموسيقيين.

D. **الخطة من أجل الانتحار**. الأشخاص الذين لديهم خطة أو يمتلكون وسائل فعالة لارتكاب الانتحار (مثلاً أدوية وبنادق) هم في خطر متزايد.

جواب على سؤال لقطة لمريض

1-15 يجب أن يقترح الطبيب على المريضة أن تبقى في المشفى وإذا رفضت فإنه على الطبيب أن يحتجزها قهراً حتى تستطيع المحكمة أن ترفع قراراً إذا كانت خطراً على نفسها. إن التخلص من البندقية لن يلغي خطر الانتحار لدى هذه المريضة.


www.iqra.ahlamontada.com



اختبارات لتحديد الوظيفة النفسية والحيوية

Tests to Determine Psychological and biological Functioning

لقطة لمريض **16-1**. رجل بعمر 51 سنة أحضر إلى طبيبه الراعي الرئيس في عدد من الحالات خلال فترة سنة واحدة يشتكي من اعتلالات جسدية حيث لم يتمكن من إيجاد سبب واضح لهذه الاعتلالات، وقد خمن الطبيب أن يكون المريض مكتئباً.

ما الاختبار النفسي الذي يستطيع استخدامه هذا الطبيب ليزيد من انطباعاته التشخيصية؟ (انظر الجدول 16-2).

I. الاختبارات النفسية

A. أنواع الاختبارات

1. تستخدم الاختبارات النفسية لتقييم الذكاء، الإنجاز، الشخصية والإمراضية النفسية.
2. تصنف الاختبارات بحسب تقييم المنطقة الوظيفية وبحسب الطريقة التي جمعت المعلومات من خلالها موضوعياً أو إسقاطياً.

B. الاختبارات الموضوعية مقابل الإسقاطية

1. يقوم الاختبار الموضوعي على أسئلة تسجل بشكل سهل وتُحلل إحصائياً.

2. يتطلب الاختبار الإسقاطي وجود شخص لتفسير الأسئلة ويُفترض أن تعتمد الإجابات على الحالة الدافعة للشخص وآلياته الدفاعية.

الجدول 16-1 : حاصل الذكاء IQ وتصنيف المعدل والذكاء تحت المعدل

حاصل الذكاء IQ*	التصنيف
20 >	• تخلف عقلي عميق (عويص).
40-20	• تخلف عقلي شديد.
55-35	• تخلف عقلي معتدل.
70-50	• تخلف عقلي لطيف.
89-71	• حد فاصل لمعدل ذكاء منخفض.
109-90	• ذكاء ذو معدل متوسط.

3. يمكن أن تتأثر نتائج أي اختبار نفسي بالثقافة والخبرات المبكرة كما تتأثر بالخصائص المقيسة.

II. اختبارات الذكاء

A. الذكاء والعمر العقلي

1. يُعرف الذكاء بأنه القدرة على التفكير وفهم المفاهيم المجردة واستيعاب الحقائق، ومن ثم استدعائها وتحليلها وتنظيم المعلومات ومقابلة الاحتياجات للحالة الجديدة.

2. يُعرّف العمر العقلي من قبل ألفرد بينت بأنه المعدل المتوسط للمستوى العقلي للناس من نفس العمر الزمني المحدد.

B. حاصل الذكاء (IQ)

1. في مقياس الذكاء Stanford-Binet فإن حاصل الذكاء هو النسبة بين العمر العقلي (MA) والعمر الزمني (CA) مضروبة بـ 100. حيث $IQ = MA \div CA \times 100$.

a. IQ بمقدار 100 يعني أن العمر العقلي والعمر الزمني للشخص هو نفسه.

b. الانحراف المعياري في معدلات IQ هو حوالي 15 نقطة. إن الشخص مع IQ أخفض بانحرافين معياريين في الوسط الحسابي (IQ < 70) يعتبر متخلفاً عقلياً (الجدول 16-1).

c. حاصل الذكاء IQ هو ثابت نسبياً خلال الحياة وإن حاصل ذكاء الشخص هو عادة نفسه في العمر الكبير كما هو في الطفولة، وإن أكبر عمر زمني مستخدم لتحديد IQ هو حوالي 15 سنة.

2. العوامل الحيوية المترافقة مع IQ

a. IQ لديه عنصر وراثي قوي. حاصل الذكاء هو متوافق بين حوالي 85% من التوائم وحيدة البويضة المتربية معاً و67% من التوائم وحيدة البويضة المتربية بشكل منفصل.

b. وأيضاً يستطيع العنصر الوراثي الأول إضافة إلى التغذية السيئة والمرض خلال النمو أن يؤثر سلباً في IQ.

C. اختبارات Wechsler للذكاء

1. مقياس Wechsler المعدل لذكاء البالغ (WAIS-R) هو اختبار الذكاء الأكثر شيوعاً في اختبارات الذكاء.

2. WAIS-R لديه 11 اختباراً فرعياً، و6 شفوية و5 إنجازية ويقيم الاختبار الفرعي المعلومات العامة والفهم والتشابهات والحساب والمفردات وتجميع صورة وتكميل صورة وتصميم مبنى وتجميع شيء والمجال الرقمي والرمز الرقمي.

3. مقياس Wechsler المعدل لذكاء الأطفال (WISC-R) يُستعمل لاختبار الأطفال بعمر 6 - 16.5 سنة.

4. مقياس Wechsler لذكاء ما قبل المدرسة والأولي (WPPSI) يُستعمل لاختبار الأطفال بعمر 4 - 6.5 سنة.

III. اختبارات الإنجاز

A. الاستعمال

1. تقيم اختبارات الإنجاز إلى أي مدى يبرع الشخص في المحتوى التدريسي (التعليمي) النوعي.

2. تستعمل هذه الاختبارات للتقييم وفي استشارات الرعاة في المدارس وفي الصناعة.

B. اختبارات الإنجاز النوعية

1. اختبار الإنجاز واسع المجال (WRAT) الذي يستعمل كثيراً في المهارات الطبية ومهارات القيم الحسابية والقراءة والتهجئة.

2. تتضمن اختبارات الإنجاز الأخرى: اختبارات California، Iowa، Peabody واختبارات إنجاز Stanford وكذلك اعترافات المجمع الطبي (MCAT) و(USMLE).

IV. اختبارات الشخصية

A. الاستعمال

1. تستعمل اختبارات الشخصية لتقيم الإمراضية النفسية (الاكتئاب، اضطرابات التفكير، المراق) وخصائص الشخصية.

2. تستعمل اختبارات الشخصية أيضاً لتحدد آليات الدفاع وكذلك المشاعر والصراعات في اللاوعي.

B. اختبارات الشخصية الشائعة مسجلة في الجدول 16-2.

الجدول 16-2 : اختبارات الشخصية

الاختبار	الخصائص	الأمثلة
اختبار مينيسوتا متعدد لوجوه لتقييم الشخصية (MMPI-2)	• يأخذ المريض ورقة وقلماً يجيب (صح أو خطأ) على اختبار مكون من 566 سؤال. • مفيد لأطباء الرعاية الرئيسة لأنه غير مطلوب أي تدرب للتطبيق أو التفسير.	• أنا غالباً أشعر بالغيرة. • أنا أتجنب الأوضاع (الحالات) الاجتماعية.
اختبار Rorschach	• يعطي المريض تفسيره لـ 10 تصاميم لبقع حبرية متناظرة ثنائية الجانب (مثلاً "صف ما تراه في هذه الصورة").	
اختبار وعي الذات الداخلي لموضوع ما (ويدعى باختبار إدراك الموضوع بالترابط) (TAT)	• يبتدع المريض نصوصاً لفظية (شفهية) مرتكزة على رسومات تصور حالات غامضة (استخدم هذه الصور، اصنع منها قصة لها مقدمة وعرض وخاتمة).	
اختبار إكمال الجملة (SCT)	• يكمل المريض جملاً قصيرة قد بدأها الفاحص.	• "أنا أتمنى..." • "والدي..." • "معظم الناس ..."

V. الاختبارات النفسية العصبية

A. **الاستعمال.** تقيّم الاختبارات النفسية العصبية الذكاء العام، الذاكرة، التفكير، التوجه، الأداء الإدراكي الحسي، أداء اللغة، الانتباه والتركيز وذلك في مريض مصاب بآفات عصبية مثل العته والأذية الدماغية.

B. **الاختبارات النوعية**

1. مجموعة Halstead-Reitan (HRB) تستعمل للتحري عن الآفات ومكانها وتحديد تأثيراتها.
2. مجموعة لوريا–نبراسكا النفسية العصبية (LNNB) تستعمل لتحديد السيطرة الدماغية يميناً أو يساراً ولتحديد الأنماط النوعية للخلل الدماغي مثل خلل القراءة.
3. اختبار بندر البصري الحركي يُستعمل لاستعراض القدرة البصرية والحركية من خلال إعادة إنتاج التصاميم.

VI. التقييم النفسي لمصاب بأعراض نفسية

A. **قصة نفسية.** تُؤخذ القصة النفسية للمريض كجزء من القصة العلاجية وتتضمن القصة النفسية أسئلة عن المرض العقلي، استعمال الكحول والدواء، النشاط الجنسي، الوضع المعيشي الحالي ومصادر الشدة.

B. **فحص الحالة العقلية** [4]

1. يقيم فحص الحالة العقلية الحالة الراهنة للأداء العقلي للمريض (الجدول 16-3).

---

[4] للتوسع يرجى العودة إلى كتابي "فكرة وجيزة عن فحص الحالة العقلية الحاضرة" طبعة 2007 الصادرة عن دار شعاع للنشر والعلوم (المترجم).

الجدول 16-3 : متغيرات قُيمت بفحص الحالة العقلية

التصنيف	الأمثلة
• المظهر	• اللباس، الاعتناء الذاتي، توافق المظهر مع العمر.
• الموقف تجاه الفاحص (المقابل)	• مهتم، مغوي، دفاعي، متعاون.
• السلوك	• الوضعية، المشية، اتصال العين، تململ.
• الأداء الإدراكي	• مستوى الوعي، الذاكرة، التوجه.
• العواطف	• المزاج، العاطفة.
• الوظائف العقلية	• ذكاء، المحاكمة، البصيرة.
• الإدراك الحسي	• تعدد الشخصية، انخداعات، هلوسات.
• الكلام	• المعدل، الوضوح، شذوذات المفردات (مفردات شاذة)، الحجم.
• تسلسل ومحتوى التفكير	• فقدان التوافق، توهمات، فكر الإشارة.

2. المصطلحات المستخدمة لوصف الأعراض الفيزيولوجيا النفسية والمزاج في المرضى المصابين بمرض نفسي مسجلة في الجدول 16-4.

VII. التقييم الحيوي للمريض ذي الأعراض النفسية

A. اختبار التثبيط بالديكساميثازون (DST)

1. الديكساميثازون هو الكورتيكو ستروئيد صنعي وعندما يُعطى إلى شخص سليم مع محور وطائي كظري نخامي طبيعي فإنه يثبط إفراز الكورتيزول. وإنه تقريباً في 50% من المرضى المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيس فإن هذا التثبيط يكون محدداً أو غائباً.

الجدول 16-4 : الحالة الفيزلوجية النفسية

المزاج

- شمق Euphoria : مشاعر قوية بالابتهاج.
- مزاج شامل (صريح) expansive : الشعور بأهمية الذات والشهامة (الكرم).
- مزاج سوي Euthymic : مزاج طبيعي ليس فيه اكتئاب ولا ارتفاع مزاج يذكر.
- عُسر مزاج Dysphoric : شعور غير سار بشكل شخصي.
- Anhedonia : عدم القدرة على الشعور بالفرح.

العاطفة

- عاطفة مقيدة (محدودة restricted) : عرض متناقص للاستجابات العاطفية.
- عاطفة متبلدة (معدومة blunted) : عرض متناقص بشدة للاستجابات العاطفية.
- عاطفة فاترة (flat) : فقدان كامل للاستجابات العاطفية.
- عاطفة عطوب (مقلقة labile) : تغيرات مفاجئة في الاستجابات العاطفية غير مرتبطة بأحداث بيئية.

الوعي والانتباه

- طبيعي : يقظ (نشيط)، يمكن أن يتبع الأوامر، استجابات شفهية طبيعية (مقياس غلاسكو للسبات من معدل 15).
- تغيم الوعي : عدم القدرة على الاستجابة طبيعياً للأحداث الخارجية.
- ذهول : انعدام الاستجابة للمنبه البيئي أو حدوث القليل منها.
- السبات (الغيبوبة) : عدم وعي كلي (مقياس غلاسكو للسبات من معدل 3).

2. المرضى الذين لديهم نتيجة اختبار DST إيجابي (الذين لديهم تثبيط قليل للكورتيزول) ربما يستجيبون جيداً للعلاج بمضادات الاكتئاب أو العلاج بالصدمة الكهربائية.

3. نتائج الاختبارات DST الإيجابية هي غير نوعية، وتُشاهد أيضاً نتائج الاختبارات DST الإيجابية في العته والفصام والحمل والقهم العصبي

وفقدان الوزن والاضطرابات الغدية والاستعمال وسوء الاستعمال والانسحاب عن الكحول ومزيلات القلق (مضادات القلق).

B. اختبارات الأداء الغدي

1. تستعمل اختبارات الوظيفة الدرقية لتقيم المرضى الذين لديهم نقص النشاط (الذي يشبه الاكتئاب) وزيادة النشاط (الذي يشبه القلق).
2. المرضى المصابون بالاكتئاب ربما لديهم شذوذات في هرمون النمو والميلاتونين والحاثات القندية والحاثات الدرقية.
3. تُشاهد أعراض نفسية في اضطرابات الغدة مثل داء أديسون ومتلازمة كوشينغ.

C. قياس الأمينات الحيوية والأدوية الموجهة النفسية

1. يرى شذوذات في مستويات كاتيكولأمين ومستقبلتاه في بعض المتلازمات النفسية (انظر الجدول 9-3).
2. في بعض المرضى تقاس المستويات المصورية للأدوية النفسية لتقييم المطاوعة وخاصة العوامل المضادة للذهان أو لتحديد فيما إذا وصل الدواء إلى مستويات دم علاجية، وخاصة في العوامل المضادة للاكتئاب.
3. اختبارات أخرى تستخدم للتقييم النفسي وهي مبنية في الجدول 16-5.

الجدول 16-5 : الاختبارات المستخدمة في الطب النفسي السريري

الاختبار	الحالات المحددة	الوصف
مخطط كهربائية الدماغ (EEG)	• الصرع. • الهذيان (EEG طبيعي غالباً في العته). • مرض زوال النخاعين.	• يقيس الفعالية الكهربائية في قشر الدماغ.
التنبيهات المثارة	• نقص الرؤية و السمع في الرضع. • استجابات الدماغ في السبات (الغيبوبة).	• يقيس الفعالية الكهربائية في قشر الدماغ استجابة إلى تنبيه حسي.
مقابلة أموباربيتال صوديوم (Amytal)	• اضطراب التحويل. • الاضطرابات الانفصالية.	• يسترخي المرضى حيث يمكنهم التعبير عن أنفسهم خلال المقابلة.
استجابة الجلد الكهربائية	• الشدة Stress.	• تقيس نشاط غدد العرق مستويات عالية تظهر بإثارة الجهاز العصبي الودي تتسبب بنقصان المقاومة الكهربائية للجلد.
تطبيق صوديوم لاكتات أو استنشاق CO_2	• اضطراب الهلع.	• يسبب هجمات هلع في المرضى المستعدين.
التصوير العصبي (CAR, MRI, fMRI, PER scans)	• يحدد التغيرات الدماغية التشريحية. • داء زوال النخاعين. • استقلاب الغلوكوز في النسيج العصبي.	• يحدد الحالة الكيميائية الحيوية وتشرح للنسج العصبية ومناطق نشاط الدماغ خلال مهام نوعية.

CAT: تصوير مقطعي محوري محوسب - MRI: تصوير الرنين المغناطيسي

fMRI: تصوير الرنين المغنطيسي الوظيفي - PET: تصوير إصدار البوزيترون

جواب على سؤال لقطة لمريض

1-16 بما أنه غير مطلوب التريب الخاص للتطبيق فإن الطبيب الرئيس المهم يستطيع استخدام بيان مينيستوتا متعدد الأطوار لتقييم الشخصية (MMPI) لتحديد الحالة النفسية لهذا المريض.





العائلة والثقافة والمرض

The Family, Culture, and Illness

I. العائلة

A. أنواع العائلات

1. العائلة النووية التقليدية تتضمن الأم والأب وأطفالاً تابعين يعيشون معاً في أسرة واحدة.

2. العائلة الواسعة (الطويلة) تتضمن أعضاء العائلة (مثلاً أجداد العائلة، العمات والخالات، العموم والأخوال) الذين يعيشون خارج الأسرة.

3. أنواع العائلات مسجلة في الجدول 17-1.

B. الزواج والأطفال

1. في الولايات المتحدة أكثر من 75% من الناس بين عمر 30-54 سنة هم متزوجون.

2. إن المتزوجين لديهم احترام أعلى للذات وهم أصح عقلياً وجسدياً من العازبين.

3. كلفة تربية الطفل في الولايات المتحدة إلى عمر 17 سنة هي أكثر من 100000 دولار.

الجدول 17-1 : الترتيبات المعيشية للأطفال الأكبر والأصغر من عمر 17 سنة في الولايات المتحدة

نوع العائلة	النسبة التقريبية المئوية من الأطفال	تعليقات
الزوجان مع الأطفال، يعمل أحد الوالدين ويكون عادة الأب	• 23% من كل الأطفال.	• العائلة "التقليدية".
الزوجان (الثنائيات) مع الأطفال، يعمل كلا الوالدين.	• 40% من كل الأطفال.	• شائع بشكل متزايد.
العائلات الأحادية الوالد. كل المجموعات العرقية.	• 28% من كل الأطفال (62% من الأطفال السود، 33% من الأطفال الإسبان و21% من الأطفال البيض).	• 83% - 95% مرؤوسين (موجهين) من قبل النساء. • 5% -17% موجهين من قبل الرجال.

C. الطلاق

1. إن حوالي 50% من كل زواجات الأميركيين تنتهي بالطلاق. إن الرجال المطلقين هم أكثر احتمالاً لتكرار الزواج من النساء المطلقات.

2. تتضمن العوامل المترافقة مع الطلاق فترة تودد (مغازلة) قصيرة، وحملاً قبل الزواج، وزواج المراهقة، والطلاق في العائلة، والاختلافات الاجتماعية الاقتصادية أو الدينية، ومرضاً خطيراً أو وفاة طفل.

D. العائلات المنفردة الأصل (الوالد أو الوالدة) (العائلات الأحادية الوالد)

1. غالباً العائلات المنفردة الأصل يكون لديها دخل أخفض ودعم اجتماعي أقل من العائلات ثنائية الأصل، وكنتيجة فإن العائلات المنفردة الأصل هي في خطر متزايد للإصابة بمرض عقلي أو جسدي.
2. يتزايد خطر تعرض الأطفال من العائلات المنفردة الأصل للفشل في المدرسة والاكتئاب وسوء استعمال الأدوية والانتحار والنشاط الإجرامي والطلاق.
3. العديد من الأمهات العازبات ينتمين إلى مجموعات اقتصادية اجتماعية منخفضة، على أية حال فإن النمو السكاني الأسرع للأمهات الوحيدات هو النساء المتعلمات المحترفات.
4. أنواع رعاية الطفل:

a. في الرعاية المشتركة يقضي الأطفال وقتاً متساوياً مع كلا الوالدين.

b. في الرعاية المنفصلة يكون كل والد لديه وصاية على طفل واحد على الأقل.

c. في الرعاية المنفردة (الوحيدة) يعيش الأطفال مع أحد الوالدين والآخر له حقوق الزيارة.

d. الآباء هم المخولون بشكل متزايد للعناية الوحيدة أو المشتركة.

E. نظرية الأنظمة العائلية والعلاج العائلي

1. بحسب نظرية الأنظمة العائلية إن الأعراض مثل الاكتئاب أو اضطرابات الأكل هي ليست علامات لإمراضية فردية ولكن تشير إلى خلل وظيفي داخل العائلة.

2. تعرض أنظمة العائلة الاستتباب (تحدث الانحرافات عن أنماط العائلة النموذجية داخل نطاق محدود).

3. تسبب الانهيارات في التواصل داخل الثنائية أو العلاقة بين فردين من العائلة في حدوث عزلة عاطفية وصيغة اتحادات سيئة الوظيفة بين فردين من العائلة ضد فرد ثالث (الثلاثية).

4. يشترك كل أفراد العائلة في العلاج العائلي لعلاج المشكلة النفسية لفرد من العائلة أو (في العلاج العائلي يشترك كل أفراد العائلة في علاج المشكلة ...).

II. ثقافة الولايات المتحدة

لقطة لمريض 17-1. يحاول مدير مدرسة المتفوقين أن يقيم كم عدد الطلاب في المدرسة الذين يعيشون في عائلات أحادية الوالد.

إذا كان سكان المدرسة ممثلين عن سكان الولايات المتحدة، فكم بالمئة من الطلاب يأتون من عائلات أحادية الوالد؟ (انظر الجدول 17-1).

A. **الإنشاء (التركيب)**. سكان الولايات المتحدة هم تقريباً 276 مليون شخص متضمنين تنوعاً في ثقافة الأقليات الفرعية subculture بالإضافة إلى طبقة متوسطة بيضاء كبيرة تزود التأثير الثقافي الرئيس.

B. **الخصائص**

1. إن الاستقلال الشخصي والمادي مقيم في كل الأعمار وخصوصاً في الكهولة.

2. النظافة والتصحح الشخصي هما مؤكدان.

3. العائلة النووية مع بعض الأولاد هم مقدرون.

C. **الثقافة والمرض.** تُظهر الدراسات أن ذوي الثقافات الدنيا يستجيبون بتميز للمرض (الجدول 17-2).

الجدول 17-2: خصائص ذوي الثقافات الفرعية العرقية في الولايات المتحدة (تشرين الثاني/ 2006)

الثقافة الفرعية والعدد التقريبي للسكان	الخصائص
الأفريقيين الأميريكيين (السود) 35,5 مليون	• معدل الدخل التقريبي هو نصف معدل دخل العائلات الأميركية البيض. • تناقص الدخول إلى خدمات الاهتمام الصحي وتزايد خطر الإصابة بالمرض والموت المبكر (انظر الجدول 3-1). • معدل أعلى لفرط التوتر، مرض القلب، السكتة الدماغية، البدانة، الربو، السل، مرض السكري، سرطان البروستات وAIDS. • معدل أعلى للموت بسبب مرض القلب ومعظم أشكال السرطان. • معدل منخفض للانتحار عبر المجموعات العمرية ومعدل متساوٍ للانتحار في المراهقين. • الدين وشبكات القرابة الممتدة القوية هي مهمة في الدعم الشخصي والاجتماعي.
الأميريكيين الإسبان 33 مليون	• تقدير عظيم يناط بالعائلة النووية والعائلات الضخمة. • احترام للكبار. • يحمون الأقارب المعمرين من التشخيصات الطبية السلبية. • يتخذون القرارات الطبية نيابة عن أقاربهم المسنين. • ربما يلتمسون العناية الصحية من المتطببين الشعبيين (chamanes، curanderos espiritistas). • تلعب المعتقدات الدينية دوراً في العلاج.

الثقافة الفرعية والعدد التقريبي للسكان	الخصائص
	• التأكيد على العلاجات العشبية والنباتية. • النساء هم أقل احتمالاً للحصول على صور للثدي من المجموعات الطائفية الأخرى. • تأثيرات قوتية "بارد" و"حار". • عرض مثير للأعراض.
الآسيويين الأميريكيين 11 مليون	• من المتوقع أن يقوم الأطفال باحترام خدمة الآباء المسنين. • حماية الأقارب المسنين من التشخيصات الطبية السلبية. • اتخاذ قرارات طبية للأقارب المسنين. • التأكيد على الثقافة. • ربما يشرحون الألم العاطفي كمرض نفسي. • يستعمل البعض علاجاً شعبياً (مثلاً: سك أو فرك عملة نقدية على المنطقة المصابة ويعتقد أن الكدمات الناتجة هي لمساعدة المريض). • في البعض، تكون المنطقة البطنية الصدرية بدلاً من الدماغ هي التصميم الروحي للشخص وإن مفهوم موت الدماغ وزرع العضو ليسا مقبولين جيداً في هذه المجموعات. • يؤدي تجمّع بعض أسيتاألدهيد acetaldehyde في استقلاب الكحول إلى ارتكاس تبيغي (احمراري).
الأميريكيون الأصليون 2.5 مليون	• تلقي الاهتمام الطبي تحت إشراف خدمة الصحة الهندية للحكومة الفيدرالية. • إن التمييز بين المرض الجسدي والعقلي هو غامض. • يعتقد أن الانشغال في السلوك المحظور والسحر يسبب المرض. • معدلات الدخل منخفضة ومعدلات الإدمان والانتحار مرتفعة.

الثقافة الفرعية والعدد التقريبي للسكان	الخصائص
الأميريكيون البيض 227 مليون	• الأنغلو أميريكيون هم أكثر تحملاً ولا يشتكون من الألم والمرض أكثر من نسب أميريكي البحر المتوسط. • ربما يصبح مريضاً جداً قبل طلب العلاج. • الأسلوب المثير في عرض الأعراض. • أميريكيو البحر المتوسط هم أكثر احتمالاً لزيارة الأطباء والتبليغ عن مشكلاتهم الطبية أكثر من الأنغلو - أميركيين.

D. صدمة الثقافة

1. الصدمة الثقافية هي استجابة عاطفية قوية لحركة باتجاه محيطات ثقافية واجتماعية غير مألوفة. وإنها تتناقص من خلال ميل المهاجرين للعيش في نفس المنطقة الجغرافية.

2. يبدو الرجال الشباب المهاجرون أنهم في خطر متزايد للتعرض لمشكلات نفسية مثل الأعراض الزورية والفصام والاكتئاب عندما تقارن مع المجموعات العمرية والجنسية الأخرى.

جواب على سؤال لقطة لمريض

1-17 إذا كان سكان المدرسة هم ممثلين لسكان الولايات المتحدة فإنه 28% من الأطفال يعيشون في عائلات أحادية الوالد.





النشاط الجنسي

Sexuality

التطور الجنسي

لقطة لمريض 18-1. عرف الطبيب بينما كان يستمع للسيرة أن امرأة طويلة ونحيلة بعمر 19 سنة لم تطمث (لم تحض) وقد كشف الفحص الجسدي الخارجي نمواً طبيعياً للصدر وكتلاً أربية وليس هناك أجسام عائقة في اللطاخة الفموية (ثنائية الجانب) ولم يُنجز الفحص الحوضي في هذا الوقت.

ما التشخيص الأفضل المناسب لهذه الصورة السريرية؟ (انظر الجدول 18-1).

A. تحديد الجنس قبل الولادة

1. يعتمد تفريق المناسل (الغدد التناسلية) على وجود الصبغي Y الذي يحتوي العامل الجيني المحدد للخصية.

2. توجه الإفرازات الهرمونية للخصيات تمايز الأعضاء بين الأعضاء التناسلية الداخلية والخارجية للذكر، وإذا كانت الهرمونات الخصوية غائبة خلال حياة ما قبل الولادة فإن الأعضاء التناسلية الداخلية والخارجية هي أنثوية.

3. يؤدي التعرض التمايزي لهرمونات جنسية خلال حياة ما قبل الولادة إلى اختلافات جنسية في مناطق محددة في الدماغ (الوطاء، الصوار الأمامي، الجسم الثفني، المهاد).

B. الهوية التجنسية

1. الهوية التجنسية هي إحساس الشخص بكونه ذكراً أو أنثى.

a. يتطور هذا الإدراك بين عمر 2-3 سنوات (انظر الفصل 1).

b. تتأثر الهوية التجنسية بتغيرات هرمونية ووراثية (الجدول 18-1).

الجدول 18-1 : الشذوذات الفيزيولوجية لتطور النشاط الجنسي (للنمو الجنسي)

المتلازمة	النمط الجيني	النمط الظاهري	الخصائص
Androgen insensitivity (استثناث خصوي)	XY	أنثى	• عدم استجابة خلايا الجسم للأندروجين. • ربما تظهر الخصى في البلوغ ككتل شفرية أو إربية.
فرط تنسج الكظر الولادي (متلازمة كظرية تناسلية)	XX	أنثى (أعضاء تناسلية ذكورية)	• غدة أدرينالية غير قادرة على إنتاج كورتيزون كافٍ مما يؤدي إلى إفراز مفرط للأندروجين الكظري حول الولادة. • ثلث المصابين لديهم توجه سحاقي
متلازمة Turner	XO	أنثى	• المبايض ليفية وغير وظيفية. • قامة قصيرة ورقبة وتراء.

2. الدور التجنسي هو التعبير عن الهوية التجنسية في المجتمع.

3. يدعى اضطراب الهوية التجنسية والشكل الشائع هو تحول الجنس Transsexuality ، حيث يشعر الشخص أنه ولد بشكل خاطئ وربما يطلب إجراء جراحياً لتغيير الجنس.

C. التوجه الجنسي

1. التوجه الجنسي هو تفضيل غير متغير ومستمر لأفراد من نفس جنس الشخص (الجنوسة) أو الجنس المغاير (نشاط جنسي متغاير) من أجل الحب أو التعبير الجنسي.

2. تعتبر الجنوسة بأنها تعبير جنسي وليس سوء وظيفة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع المعدل DSM-IV-TR.

3. تحدث الجنوسة في 3-10% من الرجال و1-5% من النساء ولم توجد اختلافات عرقية هامة.

4. ربما ينبئ نهي أو قطع التعبير للسلوك الجنسي خلال مرحلة الطفولة في توجه جنوسي لاحق. وهذه الميول أقوى في الصبيان من البنات.

5. يتضمن دليل وجود التأثيرات الوراثية والهرمونية على الجنوسة :

a. تغيرات في المستويات الهرمونية قبل الولادة (مستويات عالية للأندروجين في الأجنة الأنثوية ومستويات متناقصة للأندروجين في الأجنة الذكرية) ومستويات الهرمون هي طبيعية في مرحلة البلوغ.

b. معدل توافق عالٍ في التوائم وحيدة البويضة أعلى من التوائم ثنائية البويضة وعلامات وراثية على الصبغي X.

6. بما أن الجنوسة[5] لم يعتبرها DSM-IV-IR خللاً وظيفياً فإنها ليست بحاجة إلى علاج. وإذا احتيج فإن التداخلات النفسية تساعد الشخص المتعب مع توجهه أو توجهها الجنسي ليصبح أكثر ارتياحاً.

II. حيويات النشاط الجنسي في مرحلة البلوغ

A. الهرمونات والسلوك عند النساء

1. يساهم الاستروجين قليلاً في الشهوة الجنسية لذلك فإن في سن اليأس (توقف إنتاج المبايض للإستروجين) وفي الشيخوخة لا يضعف الدافع الجنسي.
2. يفرز تستوستيرون من الغدة الكظرية خلال حياة البالغ ومن المتوقع أن يلعب دوراً مهماً في الحافز الجنسي في النساء كما هو في الرجال.
3. البروجسترون الموجود في العديد من حبوب منع الحمل الفموية ربما يثبط الرغبة والسلوك الجنسي لدى النساء.

[5] تم حذف الجنوسة من DSM-III وحتى DSM-IV-TR.. وحقيقة لم يتم حذفها بناءً على أبحاث أو منطق علمي.. إنما كان حذفها ناتج عن ظروف اجتماعية واقتصادية وسياسية وغيرها... لا تمت هذه الظروف إلى الفكر والمنطق العلمي بأي صلة. وهذا ما دفع الكثير ممن وضعوا وشاركوا في إعداد DSM-III عام 1980 وحتى آخر طبعة منه DSM-IV-TR عام 2000. ومنهم البروفسور باير إلى التحدث في الأوساط العلمية العالمية والكتابة في الدوريات العلمية المتخصصة بأن حذفها لا يخضع لمنطق البحث العلمي أو النتائج القاطعة وإنما لضغوط عدة منها على سبيل المثال ضغط الجنوسيين على الدوائر الطبية وضغط شركات التأمين الذي يشمل العلاج النفسي بأنواعه وتكاليفه، هذا عدا عن ردة الفعل على الاضطهاد الذي تعرض له الجنوسيون في أمريكا بعد مرسوم ايزنهاور عام 1953 بحرمانهم من الوظائف. واستهداف حاناتهم... ومن ثم الافراط في ردة فعل الجنوسيون حتى غدا لهم 800 جمعية عام 1970 في أمريكا ثم أصبحت بالآلاف وتوج بتدخلهم في المصانف الطبية الأمريكية.. أما الآن فبدا التوجه بإعادة الأمور إلى حقل العلم من جديد وهذا ما يدعو إليه الكثير من العلماء المعاصرين (المترجم).

B. الهرمونات والسلوك عند الرجال

1. ربما تنقص الشدة مستويات التستوستيرون.

2. يؤدي العلاج الطبي بالإستروجينات والبروجسترون أو مضادات الأندروجين (مثلاً لعلاج سرطان البروستات) بشكل أساسي إلى نقصان إنتاج الأندروجين متسبباً في نقصان السلوك والرغبة الجنسية.

C. حلقة الاستجابة الجنسية

1. قسّم جونسون وماسترز نموذجاً من أربع أطوار للاستجابة الجنسية في الرجال والنساء (الجدول 18-2).

2. المراحل هي الاهتياج، الاستقرار النسبي، الإيغاف والخمود.

III. اضطراب الوظيفة الجنسية والشذوذات الجنسية

لقطة لمريض **15-2**. رجل بعمر 46 سنة يخبر طبيبه أن لديه صعوبة في الإنعاظ ويرغب بالحصول على وصفة من الفياغرا (ستيرات Sildenafil) ومن ثم سأل طبيبه كيف سيعمل المخدر (الدواء) لتحسين التعوظ.

كيف يمكن أن يصف الطبيب فعل الفياغرا بأفضل طريقة للمريض؟ (انظر III B 2 a).

A. يتضمن **اضطراب الوظيفة الجنسية** مشكلات في طور أو أكثر من حلقة الاستجابة الجنسية. إن تصنيفات اضطراب الوظيفة الجنسية مبينة في الجدول 18-3.

B. **العلاج**. هناك ميل متزايد للأطباء لعلاج المشكلات الجنسية للمرضى عوضاً عن إحالتهم إلى أطباء مختصين.

الجدول 18-2 : حلقة الاستجابة الجنسية

الرجال	النساء	كلا الرجال والنساء
	طور الاهتياج Excitement	
• الانتصاب القضيبي (النعوظ).	• انتصاب بظري. • تورم الشفرين. • زلوقية مهبلية. • تأثير خيمي (ارتفاع الرحم في الجوف الحوضي).	• زيادة النبض والضغط الدموي والتنفس. • انتصاب الثدي.
	طور الاستقرار النسبي Plateau	
• زيادة حجم وعلو الخصيتين. • إفراز عدة قطرات من سائل يحتوي على الحيوانات المنوية (الإمذاء).	• تقلص الثلث الخارج للمهبل وتشكيل منصة الإيغاف (تضخم الثلث الأول الخارجي للمهبل).	• زيادة إضافية في النبض والضغط الدموي والتنفس. • توهج الصدر والوجه.
	طور الإيغاف Orgasm	
• إخراج إجباري للسائل المنوي.	• تقلصات في الرحم والمهبل.	• تقلصات في المعصرة الشرجية.
	طور الخمود Resolution	
• فترة عصيان أو راحة حيث تكون إعادة الإثارة غير ممكنة. • يتغير طول هذه الفترة بحسب العمر والحالة الجسمية.	• فترة عصيان قصيرة أو غير موجودة.	• استرخاء عضلي. • عودة الجهازان الجنسي والقلبي الوعائي إلى حالة ما قبل الإثارة بعد حوالي 10-15 دقيقة.

الجدول 18-3: تصنيفات DSM-IV-TR لاضطراب الوظيفة الجنسية

الاضطراب	الخصائص
نقص فعالية الرغبة الجنسية	• نقص الاهتمام بالنشاط الجنسي.
اضطراب كراهية الجنس	• كراهية وتحاشٍ للنشاط الجنسي.
اضطراب الإثارة الجنسية الأنثوية	• عدم القدرة على الاحتفاظ بالزلوقية المهبلية حتى انتهاء العملية الجنسية بالرغم من التنبيه الجسمي. • تبلغ في 20% من النساء.
الاضطراب الانتصابي الذكري (يدعى عموماً بالعنانة)	• أولي، دائم مدى الحياة (نادر): لم يكن لديه قط انتصاب كافٍ للاختراق. • ثانوي أو مكتسب (شائع)*: عدم القدرة حالياً على المحافظة على الانتصاب بالرغم من وجود الانتصاب في السابق. • مكاني (شائع): صعوبة المحافظة على الانتصاب في بعض الأمكنة ولكن ليس كلها.
اضطراب الإيغاف (ذكر وأنثى)	• دائم مدى الحياة: لم يكن لديه إيغاف. • مكتسب: عجز حالي عن الوصول إلى الإيغاف بالرغم من وجود تنبيه تناسلي وإيغاف طبيعي في السابق. • يبلّغ غالباً في النساء أكثر من الرجال.
القذف المبكر	• حدوث القذف قبل أن يرغب الرجل. • غياب أو قصور طور الاستقرار النسبي. • يترافق عادة مع القلق. • ثاني أكثر اضطراب شيوعاً في كل الاضطرابات الجنسية الذكرية.

الاضطراب	الخصائص
التشنج المهبلي	• تشنج مؤلم للثلث الخارجي من المهبل عند القيام بالجماع أو فحص حوضي صعب. • تُستخدم موسعات مهبلية ونصائح نفسية من أجل المعالجة.
عسر الجماع	• ألم مستمر أثناء الجماع الجنسي. • أكثر شيوعاً في النساء ولكن ممكن أن يحدث في الرجال.

* *اضطراب النعوظ الثانوي أو المكتسب هو الأشيع من بين كل اضطرابات الجنس عند الذكور.*

1. يتضمن العلاج السلوكي الأساليب التالية :

a. تمارين التركيز على الإدراك الحسي. في هذه التمارين يزداد إدراك الشخص للمنبهات اللمسية والبصرية والشمية والصوتية خلال النشاط الجنسي وينقص الضغط النفسي لإنجاز الإيغاف أو الانتصاب.

b. تقنية العصر. تستعمل هذه التقنية في علاج القذف المبكر، حيث يُدرّب الرجل على تحديد الإحساس الذي يحدث مباشرة قبل القذف حيث لا يمكنه بعده منع القذف. ففي هذه اللحظة يطلب الرجل من الشريك ليمارس الضغط على الحافة الإكليلية للحشفة من كلا طرفي القضيب حتى يخمد الانتصاب وبذلك يؤخر القذف.

c. يُستعمل إزالة التحسس الجهازي والتنويم المغناطيسي وتقنيات الاسترخاء لإنقاص القلق المترافق مع الأداء الجنسي.

d. قد يُنصح بالتمسيد (التدليك) باليد (خصوصاً من أجل اضطرابات الإيغاف) ليساعد المريض على تعلم ما المنبه الأكثر فعالية.

2. العلاج الجراحي والدوائي لسوء الوظيفة الانتصابية

a. يُستعمل Sildenafil citrate (فياغرا) لعلاج سوء الوظيفة الانتصابية من خلال إحصار إنزيم فوسفوديستر (PDE) 5 الذي يُدمر مونو فوسفات (أحادي الفوسفات) غوانوزين الدوري (cGMP) الموسع الوعائي الذي يُفرز في القضيب بالتحفيز الجنسي وبذلك يبطئ انحلال cGMP ويستمر الانتصاب.

b. Apomorphine (Uprima) هو دواء يزيد توفر الدوبامين الذي هو الناقل العصبي للإثارة الجنسية في الدماغ ويُستعمل لعلاج اضطراب الانتصاب واضطراب الإثارة الأنثوية، إنه يذوب تحت اللسان وهو فعال في 50% من المرضى.

c. تُطبق الموسعات الوعائية داخل جسم القضيب (مثلاً phentolamine، papaverine) أو زرع وسائل جنسية صنعية وتُستعمل أيضاً لعلاج سوء الوظيفة الانتصابية.

C. **الشذوذات الجنسية** التي تحدث بشكل واسع لدى الرجال وتتضمن استعمالاً تفضيلياً لأشياء غير اعتيادية لإشباع الرغبة الجنسية أو نشاطات جنسية غير اعتيادية (الجدول 18-4).

IV. مواضيع خاصة في النشاط الجنسي: المرض، الأذية، الحمل والشيخوخة

A. الاحتشاء القلبي (MI)

1. بعد الاحتشاء القلبي MI يمر العديد من المرضى بسوء الوظيفة الانتصابية والشهوة الجنسية. ونتجت هذه المشكلات بسبب الخوف أن النشاط الجنسي سيؤدي لحدوث أزمة قلبية .

2. معظم المرضى الذين يمكنهم تحمل جهد يزيد من معدل نبض القلب من 110-130 ضربة/دقيقة (جهد مساوٍ لصعود مجموعتين من السلالم) يمكن أن يستأنفوا النشاط الجنسي.

3. الوضعيات الجنسية التي تسمح بأقل جهد للمريض (مثلاً يكون الشريك في الوضعية العليا) هي الوضعية الأكثر أمناً بعد الاحتشاء القلبي MI.

B. **الداء السكري**

1. اضطراب الوظيفة الانتصابية شائع في الرجال المصابين بالداء السكري أما الإيغاف والقذف فيتأثران بشكل أقل.

2. الأسباب الرئيسة لاضطراب الوظيفة الانتصابية في الرجال المصابين بالداء السكري هي:

a. الاعتلال العصبي السكري الذي يسبب أذية مجهرية (بالغة الصغر) للنسيج العصبي في القضيب كنتيجة لزيادة السكر.

b. التغيرات الوعائية التي تؤثر على الأوعية الدموية في القضيب.

3. السيطرة الاستقلابية الجيدة على داء السكري تحسّن الوظيفة الانتصابية (النعوظ).

C. **أذية النخاع الشوكي**

1. في الرجال؛ تسبب أذيات النخاع الشوكي عسر وظيفة انتصابية وإيغافية وقذفاً راجعاً (إلى المثانة) ونقص مستويات التستوسترون وانخفاض الخصوبة.

2. لم تُدرس جيداً تأثيرات أذية النخاع الشوكي في النساء، وربما تنقص الزلوقية المهبلية والاحتقان الوعائي الحوضي وحادثة الإيغاف، ولكن لم يظهر أن الخصوبة تتأثر من هذا.

D. الحمل

1. ربما يحدث الدافع الجنسي المتزايد في بعض النساء الحوامل ومن المحتمل أن يترافق مع احتقان وعائي حوضي.
2. الدافع الجنسي المتناقص هو أكثر شيوعاً وينتج من التعب الجسدي وتترافق الأمومة مع الدافع الجنسي المتناقص أو الخوف من أذية الجنين.
3. يقترح معظم الأطباء المولدين إيقاف الجماع الجنسي حوالي تقريباً 4 أسابيع قبل يوم الولادة المتوقع وهذا ينشئ توتراً في الزواج.

E. **الكبر.** يستمر معظم الرجال والنساء في الحصول على المتعة الجنسية حتى عندما يكبرون.

1. في الرجال، تتضمن التغيرات الجسدية الحاجة إلى تنبيه تناسلي مباشر أكبر وبطء الانتصاب وانخفاض شدة القذف وفترة أطول للعصيان.
2. في النساء، تشمل التغيرات الجسدية ضموراً وقصراً وجفافاً في المهبل ويمكن أن تُبطل هذه التغيرات بالمعالجة التعويضية بالإستروجين.

الجدول 18-4 : الشذوذات الجنسية

النمط (النوع)	مصدر إرضاء النشاط الجنسي
الغلمانية (أكثر شيوعاً)	• الأطفال (تحت عمر 14 سنة) يجب أن يكون المصاب بعمر 16 سنة على الأقل وأكبر بـ 5 سنوات من الضحية.
الاستعراء	• إظهار الأعراض التناسلية للغرباء
المازوخية أو السادية الجنسية	• تلقي (مازوخية) أو تسبب (السادية) ألم جسدي أو إذلال.
Fetishism	• الأشياء غير الحية (المطاط ، أحذية النساء).
Frotteurism	• فرك القضيب بامرأة غير موافقة أو غير راغبة ذلك.
وَطْءُ الميت Necrophilia	• جثث.
Transvestic Fetishism	• ارتداء ملابس النساء الداخلية من الجنس المعاكس.
البصبصة (زنى العين)	• المراقبة السرية للناس وهم يخلعون الملابس أو يشتركون في نشاط جنسي.

V. الأدوية والنشاط الجنسي

A. **الأدوية.** خافضات الضغط ، مضادات الاكتئاب ، مضادات الذهان ، والأدوية الأخرى تؤثر على الشهوة الجنسية ، الانتصاب ، الإيغاف والقذف غالباً كنتيجة لتأثيرها على أنظمة النواقل العصبية (الجدول 18-5).

B. **أدوية سوء الاستعمال** تؤثر أيضاً في النشاط الجنسي (الجدول 18-6).

الجدول 18-5: النواقل العصبية والاستجابة الجنسية

الناقل العصبي (الدواء المسؤول) (↑ توفر متزايد، ↓ توفر متناقص)	الوظيفة الجنسية (↓ يثبط، ↑ يعزز)
↑ السروتونين (fluoxetine؛ trazondone)	↓ إيغاف وقذف، SSRIs تستخدم لتعالج القذف المبكر، ويمكن أن يسبب دواء Trazodone القسوح.
↑ الدوبامين (apomorphine، levodopa)	↑ الشهوة الجنسية والانتصاب.
↓ الدوبامين (chlorpromazine)	↓ الانتصاب.
↓ النورإبينفرين β (propranolol)	↓ الانتصاب.
↑ النورإبينفرين α_2 في المحيط (yohimbine)	↑ الانتصاب.

الجدول 18-6: تأثيرات أدوية سوء الاستعمال على النشاط الجنسي

الدواء	التأثير
الكحول	• استعمال حاد: تزايد الشهوة الجنسية بسبب عدم التثبيط النفسي وسوء الوظيفة الانتصابية. • استعمال مزمن: سوء وظيفة الانتصاب بسبب زيادة توفر الإستروجين كنتيجة لأذية الكبد.
الماريجوانا	• استعمال حاد: ازدياد الشهوة الجنسية بسبب عدم التثبيط النفسي. • استعمال مزمن: ينقص مستويات تستوستيرون في الرجال ويخفض مستويات موجهة الغدد النخامية في النساء.
الأمفيتامينات والكوكايين	• ازدياد الشهوة الجنسية بسبب تعزيز التأثيرات الدوبامينية على الدماغ.
الهروئين والميثادون	• ينقص الشهوة الجنسية ويثبط القذف. • مشكلات أقل مع الميثادون.

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

1-18 الـشخيص الأكثـر احتـمالاً لهذا المريض هو عدم الاستجابة للأندروجين insensitivity (اسـتثناث خـصوي). المرضى المصابون بهذه الحالة هم ذكور مع خلل وراثي حيث لا تستجيب خلايا الجسم إلى أندروجين أنتج في الخصى. الأعضاء التناسلية الخارجية هي أنثوية والخصى التي تنقص في سن البلوغ ربما تظهر ككتل شفرية أو أربية.

2-18 تعمل الفياغرا على إحصار فوسفوديستر (PDE) 5 الذي يدمر مونو فوسفات (أحادي الفوسفات) غوانوزين الدوري (CGMP) الذي يُفرز في القضيب بالتحفيز الجنسي، وإنه يبطئ انحلال CGMP الموسع للأوعية الدموية ويستمر الانتصاب.



العدوان والإساءة

Aggression and Abuse

لقطة لمريض 19-1. رجل بعمر 25 سنة أُحضر إلى قسم الإسعاف بعد أن جُرح في قتال قد أثاره في لعبة كرة القدم. أنكر المريض وهو مصارع (bodybuilder) بأنه كان يشرب أو يأخذ أدوية وقد أخبر الطبيب " أنا آخذ تعليماتي مباشرة من السماء".

بعد إعطاء هذه الصورة السريرية، ما السبب الأكثر احتمالاً لسلوك هذا الرجل؟ (انظر I B 1 b).

I. العدوان

A. المبينات الاجتماعية للعدوان

1. يتزايد قتل الإنسان الذي يحدث غالباً في المجموعات الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة وهناك على الأقل 50% من جرائم قتل الإنسان تُنفذ بالبنادق.

2. الأطفال الأكثر احتمالاً ليصبحوا بالغين عنيفين غالباً ما يكون لديهم الخصائص التالية:

a. مستويات عالية من العدوان والسلوك المعادي للمجتمع.

b. وحشية (قسوة) تجاه الحيوانات.

c. حاصل ذكاء منخفض ودرجات (مراتب) مدرسية سيئة.

d. عدم القدرة على تأجيل الابتهاج.

e. إساءة جنسية أو جسدية من قبل الوالدين أو الراعيين الآخرين.

3. العنف على التلفاز يرتبط مباشرة مع ازدياد العدوان عند الأطفال.

B. المبينات (المعينات) الحيوية

1. الأندروجينات

a. ترتبط الأندروجينات بشكل قريب بالعدوان. الرجال هم عدائيون أكثر من النساء في معظم الأصناف (الأنواع) الحيوانية والمجتمعات الانسانية.

b. المصارعون الذين يأخذون ستيرويدات ابتنائية أو أندروجينية ليزيدوا حجم العضلة ربما يظهرون عدواناً متزايداً وحتى ذهان والانسحاب ربما يسبب اكتئاباً شديداً.

2. الأدوية. عندما يسكر متعاطو الهيروئين فإنهم يظهرون عدواناً صغيراً ويترافق ازدياد العدوان مع استخدام الكحول والكوكايين و الأمفيتامينات وphencyclidine (PCP) وجرعات عالية من الماريجوانة بإفراط.

3. السيروتونين وGABA يثبط العدوان والدوبامين والنورإبنفيرين يزيد العدوان.

4. شذوذات الدماغ (النشاط غير الطبيعي من منطقة قبل الكمثري واللوزة، صرع الفص الصدغي والنفس حركي) وآفات الفص الصدغي والفص الجبهي والوطاء تترافق مع ازدياد لعدوان (العدوان المتزايد) وغالباً الناس العنيفون لديهم قصة لأذية رأس وتكون عندهم قراءات غير طبيعية لمخطط كهربائية الدماغ (EEG).

II. الإساءة إلى الأطفال والمسنين وإهمالهم

لقطة المريض 19-2. رجل بعمر 82 سنة أُحضر إلى غرفة الإسعاف من قِبَل ابنته التي يعيش معها، وقد بدا المريض مشوشاً وغير قادر على إخبار الطبيب ما هذه السنة أو اسم رئيس الولايات المتحدة، وقد كشف الفحص الجسدي عن سحجات على معصم واحد وكسر ملوي لكُعبرة الذراع، عندما سُئل عن أذياته قال المريض إنه "سقط".

ما الخطوة التالية للطبيب؟ (انظر II B 1)

A. الخصائص والحادثة

1. إساءة الطفل وإساءة إلى المسن تتضمن:

a. الإساءة الجسدية. خصائص المسيء والمتعرّض للإساءة وعلامات الإساءة مسجلة في الجداول 19-1 و19-2.

b. الإساءة الجنسية. مع أنها نادرة نسبياً فإن الإساءة الجنسية في المسن تحدث، وتتضمن العلامات نزيفاً مهبلياً غير طبيعي وتكدّماً تناسلياً. علامات الإساءة الجنسية في الأطفال مسجّلة في الجدول 19-3.

الجدول 19-1 : الإساءة الجسدية إلى المسن و الطفل :

خصائص المسيء و المُساء إليه (المتعرض للإساءة)

التصنيف	إساءة إلى الطفل	إساءة إلى المسن
خصائص (صفات) المسيء	• سوء استعمال المادة. • الفقر والعزلة الاجتماعية. • أقرب فرد في العائلة (مثلاً الأم، الأب) هو أكثر احتمالاً للقيام بالإساءة. • قصة شخصية لاعتداء من قبل ولي الأمر أو القرين.	• سوء استعمال المادة. • الفقر والعزلة الاجتماعية. • أقرب فرد في العائلة(مثلاً القرين، الابنة، الابن أو الأقارب الآخرين الذين يعيش معهم المسن وغالباً يدعمه مالياً) هو المسيء الأكثر احتمالاً للقيام بالإساءة.
صفات المساء إليه	• خداجات، وزن صغير عند الولادة. • فرط نشاط أو إعاقة جسمية صغيرة. • ملاحظة الطفل مثل "بطيء" أو "مختلف". • ممغوص أو"سريع الاهتياج" عندما كان رضيعاً. • معظمهم أصغر من 5 سنوات (33% من الحالات)، 25% من الحالات هي في عمر 5-9 سنوات.	• درجة معينة من العته. • الاعتماد الجسدي على الآخرين. • لا يبلغ عن الإساءة وبدلاً يقول بأنه آذى نفسه.

الجدول 19-2: دلائل الإساءة

التصنيف	إساءة إلى الطفل	إساءة إلى المسن
الإهمال	• سوء العناية الشخصية (طفح الحفاظ، شعر وسخ). • الافتقار إلى التغذية الجيدة.	• سوء العناية الشخصية (مثلاً رائحة البول في شخص عاجز). • الافتقار إلى التغذية الجيدة. • الافتقار إلى المداواة أو المساعدات الصحية (مثلاً نظارات، جهاز سني) أو (بدلة سنية).
الكدمات	• خصوصاً في مناطق ليست معرضة للتأذي خلال اللعب الطبيعي مثل الردفين أو أسفل الظهر. • علامات لحزام أو علامات لإبزيم حزام.	• غالباً على الجانبين وغالباً على الذراعين نتيجة لكونه ضُرب بالخطاف (الكلاب).
كسور وحروق	• كسور بمراحل شفاء (التئام) مختلفة. • كسور ليّ (حلزونية لولبية) نتيجة للي الأطراف. • حروق بالسجائر. • حروق على القدمين أو الردفين بسبب الغمر في مياه حارة.	• كسور بمراحل شفاء (التئام) مختلفة. • كسور لَيّ (حلزونية، لولبية) نتيجة للّيّ الأطراف. • حروق بالسجائر وحروق أخرى.

الجدول 19-3: الإساءة الجنسية إلى الأطفال

الحدوث	• على الأقل 250000 حالة يبلغ عنها سنوياً. • يُبلغ عنها الآن أكثر من السابق. • تقريباً 25% من كل الفتيات و12% من كل الفتيان يبلغ عن إساءة جنسية في وقت ما خلال الحياة.
صفات المسيء	• معظمهم ذكور ومعروفون من قبل الطفل (عم، أب، صديق الأم، أحد معارف العائلة). • استعمال الدواء والكحول. • مشكلات زوجية وليس لديه شريك جنسي متبادل مناسب. • ربما غلامي (الغلمانية).
صفات المتعرض للإساءة	• معظمهم بعمر 9-12 سنة. • 25% منهم هم أصغر من 8 سنوات. • خوف انسحاب العاطفة أو العقوبة من المسيء إذا كشف عنه المتعرض للإساءة. • العار والذنب غير المناسب.
الدلائل الجسدية للإساءة	• الأمراض التي تنتقل جنسياً (STDs). لا يصاب الأطفال بهذه الأمراض حتى بالاتصال العادي مع شخص مصاب أو من الشراشف (البطانيات)، المناشف، مقاعد المراحيض. • أذية تناسلية أو شرجية. • إنتانات بولية متكررة.
الدلائل النفسية للإساءة	• معرفة نوعية لأفعال جنسية (مثلاً لعق القضيب) عند طفل. والأطفال لديهم فقط معرفة غامضة عن الأنشطة الجنسية. • ربما لا تظهر موجودات جسدية في حالات عدم الاختراق. • بدء متزايد للنشاط الجنسي مع الأصدقاء.

c. الإساءة العاطفية (الإهمال). في الأطفال، يتضمن هذا إهمالا جسدياً و كذلك الرفض من قبل الوالدين أو الامتناع عن الحب والانتباه الوالدي. في الشيخوخة، يظهر الإهمال للرعاية المطلوبة والاستغلال من أجل الكسب المالي.

2. إساءة الطفل والمسن المبلّغ عنها تزداد في الولايات المتحدة مع أنه يوجد كثير من الحالات لم يُبلّغ عنها، و لكن على الأقل 1 مليون حالة لكل منهما مُبلّغ عنها الآن (في الوقت الحاضر).

B. دور الطبيب

1. إذا تُوقّع إساءة إلى المسن أو الطفل وإساءة جنسية أو جسدية فإنه يجب على الطبيب أن يُبَلِّغ عن الحالة إلى سلطة اجتماعية خدمية مناسبة و إذا كان ضرورياً يجب إدخال المساء إليه إلى المشفى للتأكّد من سلامته أو سلامتها.

2. ليس مطلوباً من الطبيب أن يبلّغ عن شكه بالإساءة إلى الطفل أو المسن أو أنها تشك بالإساءة و هو لايحتاج موافقة الأهل لإدخال الطفل أو المسن المساء إليه إلى المشفى من أجل الحماية (الرعاية) أو المعالجة.

III. الإساءة الجنسية و الجسمية للشركاء المنزلين

A. مقدمة

1. الإساءة المنزلية هي سبب شائع للنساء الشابات والمتوسطات العمر لزيارة غرفة الإسعاف و غالباً ما تشاهد كدمات، عيون سوداء و كسور عظام.

2. يزداد خطر تعرض المرأة للقتل بشكل كبير إذا تركته (غادرت المسيء).

3. خصائص (صفات) المسيئين و الشركاء المساء إليهم مسجّلة في الجدول 19-4.

الجدول 19-4 : الإساءة الجسمية والجنسية للشركاء المنزليين

صفات المسيء	• عادةً يكون ذكراً. • غالباً يستعمل الكحول أو الأدوية. • متهور وغاضب. • لديه احتمال ضعيف للإحباط. • هدد أن يقتل المساء إليها إذا بلّغت عنه أو غادرته. • يبدي سلوكاً اعتذارياً وتوددياً ومُحب بعد الإساءة. • لديه تقدير ضعيف للذات.
صفات المتعرض للإساءة	• معتمد مالياً أو عاطفياً على المسيء. • غالباً حامل (الأذيات هي غالباً في "منطقة الطفل" البطن والصدر. • توبيخ نفسها بسبب الإساءة. • ربما لا يبلغ الشرطة ولا يغادر المسيء. • لديه تقدير ضعيف للذات.

B. دور الطبيب

1. بعكس الإساءة الجنسية و الجسمية للطفل والمسن ، فإن التبليغ المباشر من قبل الطبيب عن إساءة الشريك المنزلي هو غير مناسب ، لأن الضحية هو غالباً إنسان بالغ وسوي.

2. يجب على الطبيب الذي يشكّ بالإساءة المنزلية أن يوفّر دعماً عاطفياً للشريك المساء إليه ، ويحيلها إلى ملجأ أو برنامج مناسب ، ويشجّعها على التبليغ عن الحالة إلى المسؤولين عن تنفيذ القانون.

IV. العدوان الجنسي: الاغتصاب والجرائم المتعلّقة به

A. التعريف

1. الاغتصاب هو جريمة سببها العنف و ليس الحب و يُعرّف الاغتصاب قانونياً بأنّه اعتداء جنسي أو اعتداء جنسي متفاقم.
2. اللواط تعني الاختراق الفموي أو الشرجي و الضحية ربما ذكر أو أُنثى.
3. صفات الاغتصاب و المُغتصب و الضحية مسجّلة في الجدول 19-5.

الجدول 19-5: الاغتصاب

التعريف	• اتصال جنسي من دون موافقة حيث يحدث الاختراق المهبلي بقضيب أو بإصبع أو أشياء. • لا يُشترط حدوث الانتصاب أو القذف.
صفات المغتصب	• عادة أصغر من 25 سنة. • عادة نفس عرق الضحية. • عادة معروف من قبل الضحية. • يتناول الكحول.
صفات الضحية	• عادة بين عمر 16-24 سنة. • يحدث عادة داخل منزل الضحية. • يمكن أن تغيب الأذيات المهبلية وخاصة في المرأة الولود (النساء اللواتي أنجبن الأطفال).
صفات الجريمة	• معظم الاغتصابات لا يُبلغ عنها وفقط 25% يُبلغ عنها إلى الشرطة. • بعضهم يقصدون توبيخ الضحية (مثلاً لارتدائها ملابس مثيرة أو بسبب ذهابها خارجاً في الليل).

الشفاء	• فترة الشفاء تستمر بشكل شائع (عموماً) سنة واحدة على الأقل. • ربما يحدث اضطراب الشدة ما بعد الرض. • العلاج الجماعي مع ضحايا اغتصاب آخرين هو الأكثر فعالية.

B. الاعتبارات القانونية

1. يمكن أن يستعمل المغتصب الواقي الذكري لتجنّب تحديد DNA أو لتجنّب الإصابة بفيروس عوز المناعة المكتسب HIV، و بما أنّه يُعاني من صعوبة في الانتصاب أو القذف فإنّه لا يُمكن للسائل أن يوجد في مهبل ضحيّة الاغتصاب.
2. ليس مطلوباً من الضحية أن تثبت أنّها قاومت المُغتصب لكي يكون مُداناً.
3. في أغلب الدول يُمكن أن يُحاكَم الأزواج لاغتصاب زوجاتهم. إنّ إجبار أي أحد على المُشاركة في نشاطٍ جنسي هو غير قانوني.
4. اغتصاب قانوني. يُمكن أن يُعتَبر الجنس الرضائي اغتصاباً إذا كانت الضحية أصغر من 16-18 سنة (بحسب قانون كل ولاية) أو هي معاقة عقلياً.

C. دور الطبيب

1. ليس مطلوباً من الطبيب أن يُبلّغ الشرطة إذا كانت المرأة بالغة سوية وكما في حالات الإساءة المنزلية (انظر B III) فعلى الطبيب أن يشجّع المريض على إبلاغ الشرطة.
2. يجب أن يكون الطبيب داعماً وليس مُحاكماً خلال القصة والفحص الجسدي وعليه أن لا يتساءل عن صدق أو المحاكمة العقلية للمريض.

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

1-19 على الأغلب إن المصارع يتعاطى ستيرويدات ابتنائية، بالإضافة إلى أنها تزيد العدوان فإن هذه الأدوية ربما تسبب أعراضاً ذهانية "الاعتقاد بأن سلوكه مباشر من السماء".

2-19 من المحتمل أن هذا المريض المسن الخرف قد تأذى جسدياً من قِبَل ابنته. وخطوه الطبيب التالية هو أن يُبلغ سلطة اجتماعية خدمية مناسبة وأن يحمي المريض حتى تتولى السلطة الحالة.





علاقة الطبيب بالمريض[6]

The Physician - Patient Relationship

I. الاتصال مع المرضى

لقطة لمريض 20-1. فتاة بعمر 5 سنوات تحتاج القيام بإجراء يتضمن ألماً بسيطاً وفي حضور الطبيب والد الفتاة أخبرها أنها لن تتأذى.

ماذا يجب أن يقول الطبيب للطفلة وللوالد؟ (انظر I A 3).

A. الإجابة على أسئلة وسلوك المرضى

1. الأطباء هم المسؤولون عن التعامل مع الأسئلة والمشكلات السلوكية لمرضاهم، وإن الإحالة إلى الأطباء الآخرين يجب أن تحصر بالمشكلات الطبية خارج نطاق طبيب العائلة.

2. عادة المرضى البالغون يُبلغون عن الحقيقة كاملة حول تشخيص وإنذار أمراضهم.

a. لا تُستعمل بيانات الرعاية أو إعادة الطمأنينة بشكل خاطئ.

---

6 للتوسع يرجى الاطلاع على كتابي "فكرة وجيزة عن الفحص النفسي والعقلي" الطبعة الثانية ٢٠٠٧ الصادر عن دار شعاع للنشر والعلوم (المترجم).

b. تُعطى المعلومات عن المرض بشكل مباشر إلى المريض البالغ، ولا تُنشر بين الأقارب.

3. يجب أن يعلم الأطفال حقيقة مرضهم أو مشقة العلاج بطريقة يستطيعون فهمها، وهكذا فإن الوالدين لهم الاختيار النهائي فيما إذا أو متى وكيف يخبرون الطفل المريض.

4. توفر الجداول 20-1، 20-2 معلومات عن أسئلة USMLE الشائعة التي تتطلب من الطلاب أن يختاروا الإجابة الشفوية الصحيحة لتساؤل (شك) المريض أو فعل المريض (غالباً يشير التلاميذ إلى هذه الأسئلة على أنها أسئلة "مقتبسة").

B. الحصول على المعلومات من المرضى

1. مهارات المقابلة والاتصال. خلال المقابلة السريرية يجب على الطبيب خة ألفة مع المريض، كسب ثقة المريض. ومن ثم جمع المعلومات الاجتماعية والنفسية والجسمية ليحدد مشكلة المريض.

2. تقنيات المقابلة

a. تُستخدم أسئلة مباشرة لانتزاع معلومات بسرعة في وضع إسعافي (هل تعرضت لطلقة؟) أو عندما يكون المريض مغوياً أو مفرط الثرثرة.

b. تُستخدم الأسئلة المفتوحة للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات ولتشجيع المريض على الكلام بحرية (مثلاً "ما الذي أحضرك إلى المشفى اليوم؟").

c. يبين الجدول 20-3 تقنيات المقابلة التي هي مفيدة في الاتصال مع المرضى.

الجدول 20-1 : الأسئلة المقتبسة من USMLE : المواضيع العاطفية

لقطة لمريض	ماذا يجب أن يقول الطبيب للمريض (أو القريب)
المرضى المغوون – المشتكون، الغاضبون	
• مريض ذكر بعمر 40 سنة تفوه بكلمات بذيئة عليك بسبب طول الوقت الذي سيجلسه في غرفة الانتظار.	• "أنا أعتذر. صعب عليك أن تنتظر طويلاً". • أظهر دعماً للطريقة التي يجب أن يشعر بها المريض ولا تأخذ غضبه بشكل شخصي، إنه من المحتمل أن يكون خائفاً من أن يصبح معتمداً كما أن يكون مريضاً.
• مريضة شعثاء ووسخة بعمر 50 سنة لديها على الأقل شكوى واحدة على المكتب أو الطبيب في كل زيارة، وقد اشتكت اليوم أن أحد أفضل ممرضات الطبيب كانت "وقحة" معها.	• "سوف أتحدث مع الممرضة عما حصل". • لا توبخ المريض، ليس مهماً كم هو مثير للمشكلات مع مكتب الطبيب.
• مريض ذكر بعمر 28 سنة تقرّب إليك وأخبرك أنه يجدك جذاب.	• "دعنا نتحدث عن المشكلة التي حضرت من أجلها". • العلاقات العاطفية مع المرضى هي غير مناسبة، اجمع معلومات مستخدماً أسئلة مباشرة أفضل من الأسئلة المفتوحة، ضع حدوداً على السلوك الذي يجب أن تتحمله واستخدم مرافقاً عندما تفحص وتقابل المريض.
• مريضة بالسرطان بعمر 38 سنة تشتكي إليك على الطريقة التي يتحدث معها بها الأطباء الآخرين.	• "إنها فكرة جيدة أن تتحدث إلى طبيبك الآخر مباشرة عن قلقك (همومك)". • لا تتدخل بعلاقة المريض مع الطبيب الآخر إلا إذا كان هناك سبب طبي يدفعك لتقوم بذلك.

لقطة لمريض	ماذا يجب أن يقول الطبيب للمريض (أو القريب)
• مريض ذكر بعمر 40 سنة مصاب بالتهاب رئوي يلح أن يتلقى فحص CAT scan الذي يعلم الطبيب أنه ليس بحاجة إليه.	• "أخبرني لماذا تريد أن تفحص CAT scan". • اعرف لماذا يريد المريض أن يفحص CAT scan وحاول أن تسجل المخاوف الداخلية. ولا تنفذ أي إجراء أنت تعلم بأنه غير ضروري.
المرضى غير المطاوعين	
• مريضة بعمر 45 سنة توفي والداها معاً بسرطان الكولون منذ 50 سنة ترفض أن تقوم بتنظير الكولون لأنها سمعت أن الإجراء كان مزعجاً.	• "أخبريني عن قلقك (مخاوفك) من الإجراء". • حدد السبب الحقيقي لرفض المريض "مثلاً الخوف من العثور على السرطان". لا تحاول أن تُفزع المريض حتى يستجيب (مثلاً توفير صور فوتوغرافية (شمسية) لحالات غير معالجة).
• مريضة أنثى بعمر 68 سنة تلح على إيقاف علاج ضروري (مثلاً تريد أن تزال ناظمتها أو تريد إيقاف المعالجة الكيميائية) لإنها تجعلها منزعجة (متعبة).	• "دعينا نشرح طرق تجعل العلاج أكثر قبولاً لك". • لا توقف العلاج قبل أن تستكشف الخيارات (البدائل).
• ممرضة تخبرك أنها رأت مريضة بعمر 55 سنة أُدخلت إلى المشفى وهي مصابة بداء السكري تضع سكراً في قهوتها.	• "دعينا نشرح حميتك ثانية". • لا تغضب من المريض غير المطاوع، ربما تحتاج هذه المريضة تذكيرها كيف تتبع حميتها.
• يعتقد مريض (بشكل خاطئ) أن سلوكه الصحي السيئ (مثلاً التدخين) هو حقيقة مفيد لصحته.	• "ماذا تشعر تجاه دخان سيجارتك؟". • لا تنصح بطرائق لإيقاف التدخين حتى يكون المريض راغباً أن يتوقف.
المرضى القلقون والمكتئبون	
• امرأة متزوجة عمرها 48 سنة تعرضت لاستئصال ثدي تقول إنها تشعر بأنها "بشعة" عندما تخلع ملابسها في الليل.	• "أخبريني عن علاقتك بزوجك". • اعرف لماذا شعرت المريضة بهذه الطريقة. لا تقدم بيانات طمأنة خاطئة مثل "ما تزالين تبدين جميلة".

لقطة لمريض	ماذا يجب أن يقول الطبيب للمريض (أو القريب)
• من دون أن يخبرك عما يشعر به فإن مريضاً بفرط التوتر عمر 54 سنة يطلب منك أن تخبره أكثر عن مرضه والآثار الجانبية للمعالجة التي يتلقاها.	• "أخبرني تماماً عما تعاني منه الآن". • ربما هذا المريض كاره أن يقدم مواضيع معقدة مترافقة مع المرض أو العلاج (مثلاً مشكلات جنسية).
• امرأة بعمر 45 سنة مصابة بمرض سبب لها آفات جلدية، هي تسألك كيف يجب أن تتعامل مع الارتكاسات السلبية (ردات الفعل) من الناس الآخرين.	• "دعينا نتعرف إلى شيء تستطيعين قوله لشخص لديه رد فعل يزعجك". ومن ثم اعمل معها لإنشاء صيغة مثل "تعرضت لمرض سبب بعض المشكلات الجلدية ولكنه ليس معدياً".
• مريض بعمر 44 سنة مصاب بالإيدز يخبرك أنه سيقتل نفسه عندما يخرج من المشفى.	• "أنا أفضل أن تبقى في المشفى لبضعة أيام أخرى". • لا تحرر مريضاً لديه تهديد جدي بالانتحار. وإذا رفض المريض أن يبقى فيمكن أن تمسكه قهراً لفترة من الوقت (انظر الفصل 15).

الجدول 20-2: الأسئلة المقتبسة من USMLE: المواضيع التطورية

لقطة لمريض	ماذا يجب على الطبيب أن يقول للمريض (أو القريب)
المرضى المراهقون والأطفال	
• طفل بعمر 9 سنوات لديه ابيضاض بالدم يسأل ما مرضه، والداه أخبروك أنهم لا يريدونه أن يعرف أنّ لديه ابيضاضاً بالدم.	• "ماذا أخبرك والدك عن مرضك؟". فقط آباء الأطفال المرضى يقررون ماذا يخبرون الطفل عن مرضه. مع موافقة (إذن) الوالدين يمكنك أن تقدّم المعلومات إلى الطفل بأفضل طريقة ممكنة داعمة وغير مهددة.
• والدا فتاة بعمر 15 سنة يريدان منك أن تخبرها أن تتخلى عن مولودها الجديد للتبني، الفتاة تريد الاحتفاظ بالطفل.	• "إذا قررت الاحتفاظ بالطفل هذه هي الأشياء التي يمكن أن تتوقيعها بأن الطفل سيحتاجها منك إلى أن يكبر". • توفير معلومات للمراهق عن المواضيع العملية التي سيحتاجها الطفل خلال طفولته. لا تتخذ قرارات للعائلة فيما يتعلق بالتبني. وإذا سألوا فمن المناسب أن تخبرهم عن الخيارات.
المواضيع التوالدية Reproductive للمرضى	
• زوجان مع خمس أطفال يرغبان في التعقيم ليتحكما بالإنجاب يسألانك ماذا يختاران الربط النفيري (البوقي) أم استئصال الأسهر.	• "هنا مزايا ومحاذير كل إجراء، فكر بها ودعني أعرف ماذا قررت". • لا تتخذ قرارات طبية للمرضى ولا تتدخل في موضوع حول أي شريك سيأخذ الإجراء، أعطهم كل المعلومات المتصلة ودعهم يقررون على سياق (غضون) الفعل.
• والدا امرأة حامل معافاة ومتخلفة عقلياً عمرها 17 سنة يريدان منك أن تنفذ عملية إجهاض، الفتاة تريد الاحتفاظ بالطفل الذي أظهرت فحوصه أنه لديه متلازمة داون.	• "لأن المريضة لا تريد الإجهاض فأنا لا أستطيع أن أقوم به". • لا تنصح بسياق فعل (مثلاً التبني) ولكن قم بشرح سهل للخيارات بين الوالدين والمريضة. أما أن الطفل لديه متلازمة داون فهذا أمر غير متصل بالموضوع.

لقطة لمريض	ماذا يجب على الطبيب أن يقول للمريض (أو القريب)
• مريضة بعمر 25 سنة تطلب عملية إجهاض أول أثلوث من طبيب لديه محظورات (محرمات) دينية وأخلاقية ضد الإجهاض.	• "أنا لا أنفذ عمليات الإجهاض لكن سأدلك على طبيب يقوم بذلك". • ليس مطلوباً منك أن تنفذ أي إجراء يطلبه المريض ولا تكن محاكماً ولا تفرض معتقداتك الخاصة على المريض ولا تحاول تغيير رأيه.
المريض المسن والمحتضر	
• امرأة بعمر 82 سنة تعرضت لسقوطين في المنزل، تخبرك أن أولادها البالغين قلقون ويريدونها أن تذهب إلى الحضانة (مكان الرعاية)، هي لا تريد أن تذهب.	• "دعينا نحاول معرفة لماذا سقطت". • قم بتقييم طبي وتقييم منزلي لتقرر (لتحدد) لماذا سقطت المريضة ومن ثم عالج مشكلاتها الطبية وانصح بتغييرات بيئة (مثلاً انقل منطقة البطانيات (السجاد) لتجنب الوقوع) الذي سيسمح لها أن تبقى آمنة في المنزل قدر الإمكان.
• مريض محتضر بعمر 60 سنة يسألك كم من الوقت سيعيش (كم سيبقى حياً). أنت تعلم أنه على الأغلب سيعيش حوالي ثلاث أشهر.	• "عندما كان هناك استثناءات معظم الناس في هذه المرحلة من المرض يعيشون حوالي ثلاث أشهر". • كن صريحاً مباشراً ولطيفاً، طمئن المريض بأنك لن تتركه (تهجره) لكن لا تقدم بيانات فلسفية أو دينية.
• مريض ذكر بعمر 76 سنة هو من دين مختلف عنك يخبرك أن لديه "رؤية" دينية عندما يصلي ويطلب منك أن تصلي معه.	• "ذلك يجب أن يكون لحظة مهمة جداً لك". • بالرغم من أنه ليس عليك أن تصلي مع المريض، يجب أن تبدي له دعماً وتفهماً لنمط (لنموذج) اعتقاده.
• شقيق امرأة مقتدرة عمرها 60 سنة مصابة بسرطان رئة نهائي يطلب منك تشخيصها وإنذارها.	• "أرجوك اسأل أختك". • لا تشرح مواضيع متعلقة بالمرضى مع أقاربهم أو أي شخص آخر بدون موافقة (إذن) المريض.

الجدول 20-3 : تقنيات المقابلة

لقطة المريض. أحضر فريق الإسعاف رجل بعمر 75 سنة إلى المشفى بعد سقوط (بعد أن سقط) وبينما كان الطبيب يأخذ قصة موجزة لاحظ أن المريض بدا خائفاً ومتألماً وقال المريض بأنه "جيد" ويريد فقط الذهاب إلى المنزل.

كيف يستطيع (يمكن) للطبيب أن يستخدم المقابلة السريرية ليكشف ما يعاني منه المريض الآن؟

التقنية	المثال
الهدف: إنشاء علاقة ألفة من خلال إظهار الاهتمام، الفهم، القلق ولإعطاء القيمة والمصداقية لمشاعر المريض.	
الدعم والتعاطف	"يجب أن يكون ذلك السقوط تجربة مخيفة (مرعبة) بالنسبة لك).
التأييد	"الكثير من الناس سيشعرون بالخوف إذا تعرضوا لأذيتك".
الهدف: لتزيد جمع المعلومات بتشجيع المريض على الكلام.	
التسهيل	"أرجوك أخبرني ما حصل".
التفكير	"أنت قلق من أن ألمك ازداد خلال رحلة سيارة الإسعاف".
الصمت	ينتظر الطبيب بصمت إلى أن يتكلم المريض.
الهدف: ليوضح معلومات من خلال استرعاء انتباه المريض إلى تناقضات ذاتية (تضاربات) في استجابته أو لغة الجسد ومن خلال تلخيص المعلومات التي حصل عليها خلال المقابلة.	
المواجهة	"أنت تقول إنك تشعر بأنك بخير ولكنك تبدو متألماً".
التلخيص	"دعنا نعيد ما حدث هذا الصباح، سقطت عندما كنت تستحم وأذيت رجلك، وأنت لم تستطع نقلها ومن ثم قامت زوجتك باستدعاء فريق الإسعاف حيث أحضرك الطبابيون paramedics إلى المشفى، هل صغتها بشكل جيد؟.

II. المريض العليل

A. طلب الرعاية النفسية والطبية

1. فقط ثلث الأشخاص المصابين بأعراض جسدية يطلبون رعاية طبية، معظم الناس يُعالجون أنفسهم في المنزل مستخدمين الأدوية بلا وصفة.

2. المرضى المصابين بأعراض نفسية هم أقل احتمالاً لطلب المساعدة.

a. في الولايات المتحدة هناك سمة مرتبطة بالوقوع في مشكلات نفسية إنهم يُعتبرون دلالة على "ضعف الأخلاق" أو نقص ضبط النفس.

b. يرتبط المرض النفسي بشدة مع المرض الجسدي. معدلات المراضة والوفيات هي أعلى في المرضى الذين يحتاجون رعاية نفسية.

B. دور المريض "The "sick role. يفترض (يتخذ) الشخص المريض دوراً خاصاً (مميز- نوعي) في المجتمع ويتبع نماذج سلوكية ممكن التنبؤ بها ("دور المريض"، وصف من قبل parsons). تتضمن هذه النماذج (الأنماط) الإعفاء (الاستثناء) من مسؤوليات معتادة (مألوفة) والاهتمام المتوقع من الآخرين وجهود تجاه أن يصبح أفضل وتعاون مع مجموعة الرعاية الصحية.

C. آليات الدفاع مثل الإنكار (رفض الاعتراف بالمرض، انظر الفصل 4)، ربما يساعد المرضى ليواجهوا الطور الأول للمرض الخطير. يمكن أن تسبب هذه الآليات الدفاعية طوال الفترة الطويلة تأخير طلب العلاج وهذا أمر مؤذٍ.

III. المطاوعة

لقطة المريض 2-20. طبيبة أصبحت غاضبة جداً من مريضها البالغ من العمر 80 سنة عندما اعترف بأنه لا يتبع الحمية التي نصحته بها وبرنامج النشاط. توفي والد الطبيبة بقصور قلب احتقاني منذ 5 سنوات سابقة ولم يكن يمارس التمارين ونادراً ما كان ينتبه لحميته.

ماذا سيحصل في علاقة هذا المريض والطبيب؟

A. الخصائص

1. المطاوعة هي مدى الدرجة التي يصل إليها المريض في اتباع نصائح (إرشادات) الطبيب.
2. لا ترتبط المطاوعة بجنس المريض ودينه وحالته الزوجية أو الاقتصادية الاجتماعية والعرق والذكاء أو الثقافة.
3. العوامل التي تزيد وتُنقص المطاوعة مُبينة في الجدول 20-4.

B. ارتكاسات الإنقال. المرضى لديهم ارتكاسات غير واعية لأطبائهم وهي تتطلب نقل العواطف من علاقات الطفولة بين الطفل والوالد (انظر الفصل 4)، هذه العواطف ربما تؤثر في مطاوعة المريض.

1. في الإنقال السلبي. يشعر المرضى بامتعاض أو غضب مفرط تجاه الطبيب إذا لم تحقق توقعاتهم وربما لن يتوافق المرضى مع النصيحة الطبية.
2. في الإنقال الإيجابي. يرى المرضى الأطباء كأشخاص جيدين ولديهم مستوى عالٍ من الثقة في مقدراتهم.

الجدول 20-4: العوامل المترافقة مع المطاوعة مع نصيحة طبية

العوامل التي تزيد المطاوعة (الإذعان)	العوامل التي تنقص المطاوعة (الإذعان)
• العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض (العامل الأكثر أهمية).	• الإدراك الحسي للطبيب بأنه بارد وغير قريب (مقرب)، والغضب على الطبيب.
• الشعور بالمرض وتحديد النشاطات المعتادة.	• أعراض قليلة وتعطيل خفيف للنشاطات.
• وصفات مكتوبة لأخذ الدواء.	• وصفات شفوية لأخذ الدواء.
• مرض حاد.	• مرض مزمن.
• جدول (قائمة) علاج بسيط.	• جدول علاج معقد.
• قضاء وقت قصير في غرفة الانتظار.	• قضاء وقت طويل في غرفة الانتظار.
• تقديم النصيحة بتغير سلوكي واحد في وقت (مثلاً أوقف التدخين هذا الشهر).	• تقدم النصيحة بتغيرات سلوكية متعددة في نفس الوقت (مثلاً في هذا الشهر أوقف التدخين وابدأ التمارين وابدأ الحمية.
• الاعتقاد بأن فوائد الرعاية تفوق التكاليف المالية والزمنية.	• الاعتقاد بأن التكاليف الزمنية والمالية للرعاية ترجح (تفوق) فوائدها.
• دعم نبيل (خاصة المراهقين المصابين بأمراض مزمنة).	• القليل من الدعم النبيل .

3. الإنقال المعاكس هو ارتكاس الأطباء تجاه مرضاهم، حيث ربما يشعر الأطباء بالذنب عندما لا يتمكنون من مساعدة المريض وربما ينقصون شدة المرض في صديق يعالجونه أو ربما لديهم مشاعر سلبية، إيجابية أو غير مناسبة تجاه المرضى الذين يذكرونهم بأصدقاء حميمين أو أقارب، وكل هذا يمكن أن يتسبب في عدم تلقي المريض الرعاية المناسبة من الطبيب.

١٧. الشـدة والمرض

A. تترافق شـدة الحياة مع كل من المرض العاطفي والجسدي

1. حوادث الشدة الحياتية ربما هي سلبية (مثلاً موت القرين) أو إيجابية (مثلاً ولادة طفل مرغوب).

2. صنف المشردين من ضغوطات الحياة بحسب point value system مع 100 نقطة (مثلاً موت القرين) يمثل أعلى مستوى للشدة. المرضى الحاصلون على 300 نقطة في سنة ربما هم في خطورة للإصابة بمرض خطير.

B. الاضطرابات النفسية الجسمية

1. تثير الشدة النفسية الاضطرابات الجسمية مثل قصور القلب الاحتقاني، اضطراب قلبي، فرط الدرقية، مرض قرحة هضمة، التهاب القولون التقرحي، التهاب المفصل الرثياني، ألم ظهري منخفض، صداع الشقيقة والتوتر، داء السكري واضطرابات الجهاز المناعي.

2. تتميز الشخصية من نمط A بالضغط الزمني والمنافسة ويُشاهد داء الشريان الإكليلي أكثر شيوعاً في المرضى من نمط A الذين هم أيضاً عدوانيون وعدائيون.

3. وصف Hans Selye مراحل استجابة الجسم للشدة مثل متلازمة التكييف العام، يُحرّر بسرعة الهرمون الحاث للكظر (ACTH) ويُتبع بتحرير الستيرويدات القشرية التي تثبط الاستجابة المناعية.

V. تعداد المرضى الخاصين

A. **المرضى المعرضون للخطر.** مرضى محدودون عندما يدخلون إلى المشفى يتعرضون لخطر كبير لارتكاسات نفسية للمرض والدخول إلى المشفى (الاستشفاء) أو الجراحة. وهذا يتضمن:

1. المرضى الذين لديهم قصة مرض نفسية والمرضى الذين لديهم اضطرابات وأساليب شخصية محددة (انظر الجدول 14-4).

2. المرضى الذين علاقاتهم مع عائلاتهم أو مع الهيئة الطبية تقل خلال المرض. والخوف من المرض يمكن أن يسبب تعابير غضب تجاه المجموعة (الجماعة) الطبية.

3. المرضى في وحدة العناية المركّزة الذين ينقصهم إحساس التحكم بالمحيط ولديهم بضعة نماذج توجيه.

4. المرضى المتلقين الرحض الكلوي بسبب اعتمادهم على التقنية والأشخاص الآخرين من أجل البقاء (العيش).

5. المرضى الجراحيين (الذين أجروا عملية جراحية) الذين لديهم توقعات غير حقيقية للإجراء ويعتقدون أنهم لن يعيشوا بعد العمل الجراحي أو ينكرون أنهم قلقون بجدية (بشكل خطير) قبل العمل الجراحي.

a. المرضى الذين أجروا عملية جراحية، الذين يعبرون عن قلقهم هم في خطر أقل للتعرض للمراضة أو الفناء.

b. النتيجة هي أيضاً مؤكدة للمرضى المتعرضين للجراحة الذين يعرفون ماذا يتوقعون خلال وبعد الإجراء (مثلاً ألم، توهان، دعم تنفسي آلي).

B. مرضى الإيدز

1. تتضمن الاستجابات الشائعة لهذا التشخيص: قلق شديد، يأس، اكتئاب وذنب (إذا كان سلوكهم قد قادهم إلى المرض).

2. يتطلب المرضى طمأنة بأنهم سوف لن يُهملوا (يُهجروا) من قبل طبيبهم وعائلتهم وأصدقائهم.

C. المرضى المصابين بألم مزمن

1. الألم المزمن هو شائع وربما ينتج بسبب عوامل جسدية ونفسية أو كليهما والعلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض هي جزء مهم في علاج الألم المزمن.

2. تتضمن العوامل النفسية المترافقة مع الألم المزمن: اكتئاب، إهمال، إساءة جنسية وجسدية في الطفولة وشدة حياتية.

3. الإدارة المحددة للدواء هي أكثر فعالية من إدارة الدواء عند الطلب لأن الإدارة المحددة تفصل تجربة الألم عن إيصال الدواء. ويربط الدواء الذي أُعطي عند الطلب الاثنين معاً.

4. العديد من المرضى المصابين بألم مزمن يخفف دواؤهم.

a. ربما تُخفف معالجة المرضى لأن الطبيب يخاف بأن المريض سيصبح مدمناً على الدواء (العلاج).

b. هكذا أظهر الدليل الحديث أن المرضى المصابين بألم مزمن لا يصبحون مدمنين للأدوية الأفيونية وأولئك المرضى هم بعكس المدمنين حيث يستطيعون بسهولة التوقف عن استخدام الدواء طالما أن الألم قد شُفي.

5. بحسب نظرية بوابة التحكم يمكن أن يُحصر إدراك الألم من خلال منبه كهربائي للأعصاب الواردة الغليظة القطر وقد تم مساعدة بعض المرضى بهذا العلاج.

6. يمكن أن يزداد تحمل الألم خلال التلقيم الراجع الحيوي، المعالجة الجسدية، التنويم المغناطيسي، المعالجة النفسية، المداواة وتمارين الاسترخاء.

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

1-20 يجب على الطبيب أن لا يناقض الوالد أمام الطفل ولكن يجب عليه أن يأخذ الوالد جانباً لأن الأطفال مثل البالغين يحتاجون أن يُخبروا الحقيقة كما يتوقعون من الإجراء الطبي، ومن ثم فإن مع موافقة الوالد فإن الطبيب سيُخبر المريض كم مقدار الألم الذي سيشعر به وذلك يكون بطريقة يفهمها (مثلاً هذا ستشعرينه مثل لسعة البقة).

2-20 يبدو على الطبيبة ارتكاسات إنقال معاكس لأنها أصبحت غاضبة من فشل مريضها في الاستجابة مع نصائحها وإن هذا العرض من العاطفة هو نتيجة مشاعر إعادة معاناة غير طبيعية مع والدها في علاقتها الحالية مع المريض.



وضع الرعاية الصحية

Health Care Delivery

لقطة لمريض 21-1. رجل بعمر 89 سنة مع كسر انضغاط نخاعي (شوكي) أُحضر إلى المشفى من قبل الإسعاف، وبعد بقاء المريض 7 أيام في المشفى نُقل إلى تسهيلات الرعاية من أجل التأهيل، وبعد مضي شهر في تسهيلات الرعاية قُرّر أن المريض لا يستطيع الاعتناء بنفسه وسيحتاج فترة طويلة من اهتمام دار الرعاية.

كيف ستُدفع الفواتير الطبية للمريض أي فاتورة الإسعاف والمشفى وتسهيلات التأهيل ودار الرعاية؟ (انظر الجدول 21-1).

I. نماذج توزيع الرعاية الصحية

A. المشافي

1. الفائض. تملك الولايات المتحدة حوالي 60000 مشفى و1000000 أسرّة مشفى وإن الفائض المتكرر لأسرّة المشفى هو إلى حد ما نتيجة مدة البقاء في المشفى المفروضة من قبل شركاء التأمين.

2. أنواع المشافي

a. مشافي تطوّعية. تملك معظم المشافي في الولايات المتحدة بصورة شخصية (سرّاً) أو تُضمّن (تُرعى) من قبل الكنائس، الجامعات أو الحكومة المشتركة وإن هذه المؤسسات ليست من أجل الكسب (الفائدة).

b. مشافي الملك الخاص (Investor-Owned) وتمثل حوالي 12% من جميع المشافي وربما تُوجه مغامرات الكسب هذه إلى الرعاية الخاصة أو العامة.

c. المشافي العسكرية وحكومة الجندي (Veteran's Administration) وتُملك هذه المشافي وتُدار من قبل الحكومة الفيدرالية.

d. مشافي نفسية طويلة الأمد وهي عادةً تُمتلك وتُدار من قبل حكومات الولاية.

e. مشافي محلية (بلدية Municipal) وهي تُملك وتُدار من قبل حكومات الولايات وهذه المؤسسات غالباً تعطي المشافي المدمجة مع المدارس الطبية.

B. دور الرعاية Nursing homes. لدى الولايات المتحدة حالياً حوالي 25000 دار رعاية حيث يوفر رعاية طويلة الأمد وخصوصاً للمسنين.

1. تُصنف دور الرعاية بحسب مستوى الرعاية التي يقدموها وتتراوح تكاليف دار الرعاية من حوالي 35000 دولار في السنة؛ من أجل التسهيلات الداخلية (السكنية) التي توفر اهتمام ورعاية محددة، إلى 75000 دولار في السنة لتسهيلات الرعاية الماهرة (skilled nursing care facilities).

2. فقط حوالي 5% من المسنين يستفيدون من اهتمام دار الرعاية الطويل الأمد، ويقضي معظم المسنين الأميركيين السنوات الأخيرة من حياتهم في بيوتهم الخاصة.

C. دور العجزة (Hospices)

1. تستخدم هذه الدور أطباء، ممرضات، عمال اجتماعيين ومتطوعين ليوفروا (ليقدموا) اهتماماً داعماً للمريض المقيم في المشفى وللمقيم الخارجي وللمرضى النهائيين (أي المتوقع أن يعيشوا أقل من 6 أشهر).

2. تقدم دور العجزة مرضى أموات بكرامة وبألم أقل ما يمكن وتقدم استشارة موجزة ودعماً عائلياً ونبيلاً وتطبيقاً لمعالجة الألم بحسب الحاجة.

II. الأطباء

A. الاختصاص الطبي

1. لدى الولايات المتحدة تقريباً 650000 طبيب حالياً.

2. أطباء الرعاية الرئيسة هم أطباء العائلة، طبيب الداخلية وأطباء الأطفال، حيث يوفرون رعاية ابتدائية للمرضى وهم يبلغون ثلث الأطباء هذا العدد في تزايد ومن المتوقع أن يصل إلى نصف عدد الأطباء ويزيد على عدد الأطباء الاختصاصيين.

B. استشارات المريض

1. في الولايات المتحدة يبلغ معدل زيارات الناس للأطباء حوالي خمس زيارات في السنة وهي زيارات أقل من زيارات الناس في البلدان المتطورة بأنظمة الطب المعممة (المعدّة).

2. بالنسبة للمرضى ذوي الدخل العالي فإن معظم اتصالات المريض والطبيب تحدث في مكتب الطبيب وإن المرضى ذوي الدخل المنخفض هم أكثر احتمالاً لطلب العلاج في أقسام المريض الخارجي في المشفى.

3. الأسباب الأكثر شيوعاً لزيارات الطبيب هي الوعكات التنفسية العليا والأذيات.

III. تكلفة الرعاية الصحية

A. نفقات الرعاية الصحية

1. نفقات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الإجمالية أكثر من 15% من الإنتاج العائلي الإجمالي (GDP) وأكثر من أي مجتمع مُصنّع آخر.

2. وتزايدات نفقات الرعاية الصحية بسبب ازدياد العمر السكاني والتقدّم في التقنية الطبية وتوافر الرعاية الصحية للفقير والمُسن من خلال المساعدة الطبية والرعاية الطبية على التعاقب (انظر D IV).

B. تحديد (توزيع) رأسمال الرعاية الصحية Allocation of health care funds

1. الاستشفاء (دخول المشفى) هو العنصر الأغلى ثمن للرعاية الصحية في الولايات المتحدة وتكاليف الأطباء هو تالي أغلى ثمن متبوع بتكلفة دور الرعاية والمداواة والتجهيزات (المؤنات) الطبية وخدمات الصحة العقلية والسنيّة والرعاية الأخرى.

2. الحكومة الفيدرالية وحكومات الولاية والتأمين الصحي الخاص والأفراد كل منها تدفع ربع تكاليف الرعاية الصحية.

IV. التأمين الصحي

A. مقدمة

1. الولايات المتحدة هي البلد المصنّعة الوحيدة التي لاتملك تغطية رعاية صحية عامة ذات اعتماد وتفويض حكومي.
2. مواطنين محددين مثل المُعَمِّر والفقير لديهم تغطية رعاية صحية من رصيد الحكومة.
3. يجب على معظم الأميريكيين الحصول على تأمينهم الصحي من صاحب العمل أو على مسؤولياتهم. وحوالي 15% من الأميريكيين ليس لديهم تأمين صحي وعليهم أن يدفعوا تكاليف الرعاية الصحية بأنفسهم.

B. التأمين الصحي الخاص (الفردي)

1. يُنظم ناقل التأمين الخاص اللامنتفع Blue Cross / Blue Shield من قبل وكالات التأمين في كل ولاية ويدفع لتكاليف المشفى (Blue Cross) وأجور الأطباء والفحوصات التشخيصية (Blue Shield) لـ 30-50% من العاملين في الولايات المتحدة.
2. ويستطيع الأفراد أيضاً أن يعقدوا اتفاقاً مع واحد من تقريباً 1000 ناقل (حامل) تأمين خاص آخر مثل Prudential أو Aenta.
3. يقدم معظم حاملي التأمين خطة تأمين تقليدية الدفع (الأجر) من أجل الخدمة وعلى الأقل نوع واحد من خطة الرعاية المعدّة.

C. الرعاية المنظمة وخطط الأجور لقاء الخدمة

1. تصف الرعاية المنظمة نظام توزيع الرعاية الصحية حيث تُنسّق وتُعد كل مظاهر الرعاية الصحية الفردية من قبل مجموعة من المعدين لتعزيز كلفة الفعالية (التأثير).

a. خطة الرعاية المنظمة لها قيودات على اختيار المزود وتحويلات المريض ومكافآت منخفضة نسبياً.

b. بما أن زيارات المريض الأقل تتسبب في كلفة منخفضة فإن فلسفة الرعاية المنظمة تركز على الوقاية أكثر من العلاج الحاد.

c. تشمل أنواع خطط الرعاية المنظمة خطط منظمات صيانة الصحة (HMOs) ومنظمات الممون المفضل (PPOs) ونقطة الخدمة (POS)، وبخطط أقل كلفة وأكثر تقييداً فإنه هناك الطبيب البوّاب الذي يقرر متى يحتاج المريض إلى الاختصاصي.

2. خطة الأجر مقابل الخدمة ليس لديها قيودات على اختيار الممون أو تحويلات المريض ولكن عموماً لها مكافآت عالية.

D. تغطية التأمين الاتحادية والحكومية

1. الرعاية الطبية والمساعدة الطبية هي برامج تمويل حكومية توفر تأميناً طبياً لمجموعات محددة من الناس (الجدول 21-1).

2. تُستخدم المجموعات المرتبطة بالتشخيص (DRGS) من قبل الرعاية الطبية لدفع فواتير المشفى ويرتكز مقدار الدفع على تقدير كلفة الاستشفاء لكل مرض وليس تحمل النفقات الحقيقية.

الجدول 21-1 : الرعاية الطبية والمساعدة الطبية

التمويل Funding	الجدارة Eligibility	التغطية Coverage
	الرعاية الطبية	
الحكومة الفيدرالية (من خلال نظام ضمان اجتماعي)	• الناس الجديرين بفوائد الضمان الاجتماعي (مثلاً الذين هم بعمر 65 سنة بصرف النظر عن الدخل) والناس من أي عمر مع عجز (ضعف) مزمن أو أمراض موهنة.	• الجزء (أ)- تكاليف المشفى للمريض المقيم والرعاية الصحية المنزلية ورعاية دار الرعاية لوقت محدد بعد الاستشفاء (الحد الأعلى حوالي 3 أشهر) ورعاية دور العجزة. • الجزء (ب)- يشمل الاهتمام بالمريض الخارج من المشفى (فحوص مخبرية، علاج جسدي، خدمات الاسعاف، التجهيزات العينية، ...).
	المساعدة الطبية (الطبي في كاليفورنيا)	
كل من حكومات الولاية والفيدرالية	• الناس الفقيرين (دخل منخفض جداً). • يخصص ثلث كل الأموال لرعاية دار الرعاية للمعوزين والمسنين.	• تكاليف المشفى للمريض المقيم والمريض الخارجي. • خدمات الطبيب. • الرعاية الصحية المنزلية. • رعاية دور العجزة. • الرحض الكلوي والفحوصات المخبرية. • وصفات الأدوية. • رعاية دار الرعاية الطويل الأمد.

3. يوجد عيبان رئيسيان في الرعاية الطبية وهما أنها لا تغطي لمن أدوية المريض الخارجي أو اهتمام دور الرعاية الطويل الأمد ويجب على المرضى المسنين أن يدفعوا لهذه الخدمات من مالهم.

٧. عدد سكان الصحة

لقطة لمريض 2-21. طبيبة لديها أربع مرضى ينتظرونها ليروها في قسم الإسعاف في المشفى، رجلان (رجل من مجموعة اجتماعية اقتصادية متدنية وآخر من مجموعة احتماعية اقتصادية مرتفعة) وامرأتان (إحداهما من مجموعة اقتصادية اجتماعية متدنية والأخرى من مجموعة اجتماعية اقتصادية مرتفعة).

إذا كان على الطبية أن ترى الشخص الأكثر مرضاً أولاً فمن هو المريض على الأغلب سيكون؟ (انظر 1 C, 2 B V).

A. نمط الحياة والمواقف والصحة

1. نمط الحياة والتغذية السيئة والعادات الأخرى (التدخين خصوصاً) هي المسؤولة عن حوالي 70% من المرض الجسدي.
2. المواقف هي أيضاً مهمة في الصحة فمثلاً بالرغم من أن نقل الأعضاء يمكن أن ينقذ حياة الكثيرين فإنه هناك إجراءات غرس (نقل أعضاء) أقل من الحاجة. وهذا بشكل رئيس لأنه لا يوجد عدد كافٍ من الناس الراغبين (المستعدين) أن يمنحوا أعضاءهم عند الموت.

B. الصحة والحالة الاقتصادية والاجتماعية

1. ترتكز الحالة الاقتصادية الاجتماعية بشكل أساسي على المهنة مع تأكيد ثانوي على المستوى الثقافي وترتبط أيضاً مع مكان الإقامة ومع الدخل.
2. إن الناس في المجموعات الاقتصادية الاجتماعية المتدنية يؤجلون طلب الرعاية الصحية وهم أكثر احتمالاً ليكونوا مرضى جداً عند أول لجوء إلى الطبيب وكل ذلك بسبب التكاليف.

C. الجنس والعمر والصحة

1. الرجال هم أقل احتمالاً لطلب الرعاية الطبية وهم أكثر احتمالاً للإصابة بمرض القلب وتوقعات حياة أقصر من النساء (ومن المتوقع أن يكون لديهم حياة أقصر من حياة النساء).

2. النساء هم في خطر أكبر أكثر من الرجال لتطور الأمراض المنيعة للذات والأمراض المرتبطة بالكحول والتدخين والإيدز عندما يكن إيجابيات لفيروس HIV.

3. بالرغم من أن المسنين يشكلون فقط 12% من الشعب فإنهم يحصلون حالياً على حوالي 30% من كل تكاليف الرعاية الصحية ومن المتوقع أن يزداد هذا المقدار إلى 50% حوالي عام 2020.

4. إن الأسباب المؤدية للموت تختلف باختلاف المجموعة العمرية (الجدول 21-2).

الجدول 21-2: الأسباب المؤدية للموت في المجموعة العمرية *

المجموعة العمرية	مسببات الموت (العدد التقريبي)
الرضع (< 1 سنة)	• شذوذات ولادية (7,100). • متلازمة موت الرضيع المفاجئ (SIDS) (4,700). • متلازمة الضائقة التنفسية (1,800).
الأطفال (1-4 سنوات)	• حوادث (2,600). • شذوذات ولادية (800). • السرطان (بشكل أساسي ابيضاض الدم وخباثات CNS) (500).

المجموعة العمرية	مسببات الموت (العدد التقريبي)
الأطفال (5-14)	• حوادث (3,500). • السرطان (بشكل أساسي ابيضاض الدم وخباثات CNS) (500). • قتل الإنسان والتداخل الشرعي (القانوني) (700).
المراهقين / الشباب البالغين (15-24 سنة)	• حوادث (معظمها حوادث نقل motor vehicle) (14,000). • قتل الإنسان والتداخل القانوني (8,400). • الانتحار (4,800).
البالغين (25-44 سنة)	• حوادث (27,300). • عدوى فيروس عوز المناعة الإنسانية HIV (27,200). • السرطان (21,900).
البالغين متوسطي العمر (45-64 سنة)	• السرطان (133,100). • مرض القلب (105,000). • السكتة (14,700).
المسنين (65 وأكبر)	• مرض القلب (620,000). • السرطان (بترتيب متناقص: الرئة، الصدر والبروستات وسرطان الكولون والمستقيم (317,500). * • السكتة (131,500).

CNS: الجهاز العصبي المركزي

* *عبر الجنس والمجموعات العرقية*

أجوبة أسئلة لقطة لمريض

1-21 الرعاية الصحية ستدفع للمريض فاتورة المشفى وفاتورة التأهيل الجزء (A) وكذلك فاتورة الإسعاف (الجزء B). الرعاية الصحية لا تدفع لهذه العناية في دور الرعاية إلا لمدة محدودة بعد الاستشفاء. ثم على المريض أن يدفع بعدها من ماله لدور الرعاية. وبعد أن تنفد اعتماداته ستعود الرعاية الصحية لدفع نفقات رعايته.

2-22 من هؤلاء المرضى الأربعة، الرجل من الطبقة الاجتماعية الاقتصادية الدنيا هو الأكثر احتمالاً ليكون الأشد مرضاً الذي ستراه الطبيبة. إن الأفراد من الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المتدنية يؤجلون طلب المعالجة بسبب الكلفة. وكذلك فإن الرجال هم أقل طلباً للمعالجة الطبية من النساء.





الأمور الأخلاقية والقانونية في الممارسة الطبية

Legal and Ethical Issues in Medical Practice

I. السلوك الاحترافي professional Behavior

لقطة المريض 22-1. انجذب طبيب جلد مقيم إلى إحدى مريضاته ورغب أن يدعوها خارجاً في يوم ما، هو عالجها لمرة واحدة فقط ولم يُخطط لعلاجها ثانية.

هل من الممكن أن يعتبر المقيم المريضة صديقته ومن ثم يطلب دعوتها خارجاً في يوم ما؟ (انظر I B).

A. الأطباء الفاسدون

1. تتضمن أسباب الفساد في الأطباء سوء استعمال المادة والمرض الجسمي أو العقلي والفساد في الوظيفة (الأداء) مترافقاً مع تقدم العمر.

2. التبليغ عن طلاب الطب الفاسدين في الوظيفة (إلى عميد كلية الطب)، الطبيب المقيم (إلى مدير التدريب أثناء فترة التخصص) أو الطبيب الزميل (إلى مجلس ترخيص الولاية أو برنامج الأطباء الفاسدين) هو طلب أخلاقي لأن المرضى يجب أن يكونوا محميين ويجب مساعدة الطبيب الفاسد.

B. سوء الممارسة الطبية

ربما يقوم الأطباء الفاسدون بارتكاب الأخطاء في علاج المرضى، ولكن خطأ الطبيب ليس بالضرورة أن يكون سوء ممارسة طبية.

1. الخصال الأربعة لسوء الممارسة. يجب على المريض لادعاء سوء الممارسة أن يثبت بأن الطبيب تلبّس بالتقصير أو الإهمال (مثلاً الانحراف عن المعايير الطبية للرعاية) أو عن أداء الواجب (يوجد علاقة راسخة بين الطبيب والمريض) مما يتسبب في أضرار (أذيات) مباشرة للمريض (الضرر هو بسبب الإهمال وليس بأي سبب آخر).

a. الجراحون (بما فيها أطباء التوليد) والمخدرون هم الاختصاصيون الأكثر عرضة للمقاضاة بسبب سوء الممارسة، وإن الأطباء النفسيين وأطباء العائلة هم الأقل عرضة للمقاضاة.

b. حديثاً كان هناك زيادة في عدد ادعاءات سوء الممارسة ويعود ذلك بشكل أساسي إلى تحطم علاقة الطبيب والمريض التقليدية.

2. سوء الممارسة هو أذية مقصودة لشخص أو خطأ مدني وليس جريمة. وإن الطبيب الذي وُجد مذنباً بسوء الممارسة ربما يتطلب منه أن يدفع المال ليعوّض المريض عن المعاناة كما من أجل الفواتير الطبية والدخل الذي فُقد (ضاع).

3. العلاقة العاطفية مع مريض حالي أو سابق هي غير مناسبة. يستطيع المريض أن يقيم دعوى قضائية بشكاية أخلاقية أو شكاية ممارسة طبية أو كلتيهما.

II. الكفاءة القانونية

لقطة المريض 22-2. رجل بعمر 22 سنة مصاب بالفصام ويرغب أن يدخل في اختبار سريري لمعالجة مضاد ذهان جديد. ويعيش المريض في دار مجموعة (جماعة) ولديه عمل جزئي.

هل يستطيع المريض أن يوقع ورقة الموافقة ويدخل الاختبار السريري؟ (انظر II C 2).

A. التعريف

1. ليكون المريض كفؤاً قانونياً يجب أن يفهم المخاطر والفوائد والنتيجة المحتملة لقرار الرعاية الصحية.
2. يُفترض كل البالغين (الأشخاص بعمر 18 سنة وأكبر) أن يكونوا أكفاء قانونياً ليصنعوا قراراتهم في الرعاية الصحية (ليصنعوا قرارات الرعاية الصحية لأنفسهم).

B. القاصرين

1. عادة القاصرون (الأشخاص الأصغر من 18 سنة) لا يُعتبروا أكفاء قانونياً.
2. القاصرون المعتقون. يعتبر القاصرون بالغين ويمكن أن يعطوا الموافقة على الرعاية الطبية الخاصة بهم، ولتكونوا معتقين يجب أن يكون لديهم أحد المعايير التالية:
   a. أن يكونوا معيلين لأنفسهم أو في الخدمة العسكرية.
   b. أن يكونوا متزوجين أو لديهم أطفال يرعونهم.

C. أسئلة الكفوء

1. عندما تكون كفاءة البالغ محل سؤال (مثلاً متخلف عقلياً أو شخص خرف) فإن القاضي (وليس عائلة المريض أو الطبيب) يضع الحكم على الكفاءة. غالباً يُستشار الأطباء من قبل القاضي عن معلومات عما إذا كان المريض لديه المقدرة لاتخاذ قرارات رعاية صحية.

2. يمكن للشخص أن يحقق المعيار القانوني للكفاءة لقبول أو رفض العلاج الطبي حتى لو كان مريضاً أو متخلفاً عقلياً أو غير كفؤ في مجالات أخرى من حياته (مثلاً مع الموارد المالية).

III. الموافقة المعلمة

لقطة لمريض 22-3. رجل رشيق بعمر 55 سنة مشلول ولا يستطيع الكلام يتطلب جراحة، لقد أُعلم عن الإجراء وكإرشاد فتح عينيه مرتين ليقول نعم إن كان يريد الموافقة.

هل حصل الطبيب على الموافقة المعلمة من هذا المريض؟ (انظر 1 A III).

A. المقدمة

1. يجب على الأطباء أن يحصلوا على موافقة كتابية أو شفهية من المرضى الأكفاء والبالغين قبل أي إجراء أو أي علاج طبي أو جراحي باستثناء الحالات الإسعافية المهددة للحياة، وإن الاستجابات غير اللفظية من المرضى الأكفاء غير القادرين على الكلام أو الكتابة هي أيضاً مقبولة.

2. ملاك المشفى الآخرين (مثلاً المرضات) عادة لا يستطيعون الحصول على الموافقة المعلمة.

3. لا يستطيع الأقارب (مثلاً القرين) إعطاء الموافقة على علاج مريض إلا إذا كان القريب لديه وكالة عامة أو كان الوصي الشرعي (القانوني) على المريض.

B. عناصر (مكونات) الموافقة المعلمة

1. قبل أن يعطي المرضى الموافقة ليعالجوا يجب أن يُعلموا (يُخبروا) ويفهموا المضاعفات الصحية لتشخيصهم، ويستطيع الطبيب تأجيل إخبار المريضة عن التشخيص إلى أن تصرح بأنها مستعدة لتلقي الأخبار.

2. يجب على المرضى أن يُعلمَوا:

a. عن الفوائد والمخاطر الصحية للعلاج وبدائل العلاج.

b. عن النتيجة المحتملة إذا لم يوافقوا على العلاج.

c. أنه يمكنهم أن يسحبوا الموافقة في أي وقت قبل أو خلال العلاج.

C. حالات خاصة

1. المرضى الأكفاء لديهم الحق في رفض أي فحص ضروري أو إجراء لأسباب دينية أو غيرها حتى لو كانت صحتهم ستعاني أو كان الموت هو النتيجة لهذا الرفض.

2. يكون الأمر قانونياً وأخلاقياً بالنسبة للطبيب في حال طلب مريض كفؤ إيقاف دعم الحياة الاصطناعي.

3. ربما يكون التداخل الجراحي أو الطبي ضرورياً أيضاً لحماية صحة أو حياة الجنين والمرأة الحامل الكفؤ لها الحق في رفض التداخل (مثلاً:

عملية قيصرية، فحص HIV أو العلاج ب AZT) حتى لو أن الجنين سيموت أو سيتأذى بشكل خطير بدون التداخل.

4. إذا اكتُشف موجود سريري غير متوقع خلال العملية الجراحية فإنه يُستلزم إجراء غير إسعافي لم يُعط المريض الموافقة عليه (مثلاً خزعة لخباثة مبيضية غير مشتبه بها أثناء عملية الربط البوقي) ولا يمكن القيام بالإجراء التقليدي حتى يصح المريض من الجراحة ويُعطى الموافقة المعلمة.

D. علاج القاصرين

1. فقط أحد الوالدين أو الوصي القانوني يستطيع إعطاء موافقة على علاج جراحي أو طبي لقاصر (إلا إذا كان القاصر معتقاً).

2. يمكن الحصول على أمر المحكمة من القاضي خلال ساعات عند الضرورة) في حال كان لدى الطفل حالة مهددة للحياة أو تصحيح خلل ولادة وكان الوالد أو الوصي يرفض علاجاً طبياً (لكن ليس تجريبياً "اختبارياً") أو إجراء جراحياً لأسباب دينية وغيرها.

3. لا تُطلب الموافقة الوالدية في علاج القاصرين:

a. في الحالات الإسعافية إذ لم يُعثر على أحد الوالدين أو الوصي، ولا يمكن تأجيل العلاج ربما يسبب الأذى.

b. لعلاج الأمراض المنتقلة بالجنس.

c. لوصف مانعات الحمل.

d. للرعاية الطبية خلال الحمل.

e. لعلاج الاعتماد الدوائي والكحولي.

4. تطلب معظم الولايات الموافقة الوالدية عندما تطلب القاصر إجراء إجهاض.

IV. السرّية

لقطة لمريض 22-4. رجل بعمر 35 سنة يُخبر طبيبه بأنه أساء جنسياً إلى ابنته البالغة من العمر 10 سنوات.

هل الطبيب مُجبر أن يُبلّغ عن هذا السلوك وإذا كان نعم، لمن؟ (انظر B IV).

A. في معظم الظروف (الحالات) فإنه متوقع أخلاقياً من الأطباء أن يُحافظوا على سرية المريض وليس مطلوباً منهم أن يفعلوا إلا إذا كان مريضهم:

1. مشتبه بإساءة إلى طفل أو مسن.
2. لديه خطورة كبيرة للانتحار.
3. يشكل تهديداً خطيراً لشخص ما.

B. **قرار تاراسوف Tarasoff**. وفقاً لهذا القرار القانوني فإنه إذا كان المريض يشكل تهديداً كبيراً ويجب على الطبيب أن يُبلّغ المسؤولين عن تنفيذ القانون أو أي وكالة خدمية اجتماعية وأن يُحذّر الضحية المقصودة.

C. **الإدخال الإجباري للمشفى**

1. تحت ظروف معينة يمكن إدخال المرضى بالاضطرابات النفسيةإلى المشفى ضد إرادتهم الذين هم في خطر على أنفسهم وعلى الآخرين.
2. المرضى الذين هم بشكل إرادي أو لا إرادي محتجزون في مصح عقلي لديهم الحق في تلقي أو رفض العلاج.

٧. الأمراض المعدية

لقطة لمريض 22-5. رفضت طبيبة أن تُعالج رجلاً بعمر 30 سنة إيجابياً لفيروس HIV (عوز المناعة الإنسانية) لأنها خائفة من العدوى.

هل هو أخلاقي أن ترفض الطبيبة علاج المريض؟ هل هو قانوني؟ (انظر V 2 B).

A. معظم الولايات تطلب من الأطباء التبليغ عن جدري الماء، التهاب الكبد، الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية، داء السَّلْمُونيلاَت، داء الشيغلاّت، السل، الإفرنجي (السفلس)، السَّيلانُ، الكلاميديا والإيدز AIDS لدوائر صحة الولاية. يُطلب التبليغ عن الحالة الإيجابية لفيروس عوز المناعة الإنسانية HIV في بعض الولايات.

1. ربما تختلف الولايات في أي من الأمراض التي يُبلّغ عنها.
2. تُبلّغ دوائر صحة الولاية عن هذه الأمراض (دون ذكر أسماء المرضى) إلى المراكز الاتحادية المهتمة بالسيطرة والوقاية من المرض (CDC) لأهداف (لغايات) إحصائية.

B. عدوى HIV

1. غير مطلوب من الأطباء أن يعلموا إما المرضى أو الفريق الطبي عن حالة الطبيب الآخر الإيجابي لفيروس HIV وإذا اتبع الطبيب الإيجابي لفيروس HIV إجراءات للسيطرة على العدوى فإنه لا يشكل أي خطر على مرضاه.
2. بالرغم من أن الأطباء ليسوا مُجبرين قانونياً على علاج أي مريض فإنه ليس أخلاقياً أن ترفض أن تُعالج المريض بسبب الخوف من العدوى مثل عدوى HIV.

3. يجب على المرضى الإيجابيين لفيروس HIV أن يحموا شركاءهم بالجنس من العدوى وإذا فشلوا بفعل هذا (إذا لم يستعملوا الواقي الذكري أو لم يُخبروا الشريك بحالته أو حالتها الإيجابية لفيروس HIV) والطبيب لديه معرفة بهذا الفشل فإن الطبيب يستطيع إخبار (إعلام) الشريك المهدد.

VI. التوجيهات المسبقة

لقطة لمريض 22-6. امرأة بعمر 75 سنة تعرضت لسكتة بعد مضي شهر واحد من توقيعها لسند أعطت فيه وكالة عامة لجارتها وقد تقرر بأن هناك حظاً صغيراً بأنها ستعود للوعي ثانية. ألحّ ابن المريضة الذي تعيش معه أن تحتفظ أمه بدعم الحياة وطلبت الجارة من الطبيب أن يزيل دعم الحياة.

ماذا على الطبيب أن يفعل؟ (انظر VI A 1).

A. مقدمة

1. التوجيهات المسبقة هي تعليمات يصدرها المرضى عند توقع الحاجة إلى قرار طبي، إن الوكالة العامة والوصية هي أمثلة على التوجيهات المسبقة.

a. الوكالة العامة هي وثيقة حيث يسمي الشخص الكفؤ شخصاً آخر (مثلاً القرين، الصديق) كوكيل قانوني له في اتخاذ القرارات التي تتعلق برعايته الطبية حينما لا يستطيع فعل ذلك بعد الآن.

b. الوصية هي وثيقة يُعطي فيها الشخص الكفؤ توجيهات متعلقة برعايته الطبية مستقبلاً في حال أصبح عاجزاً عن اتخاذ القرارات واحتاج إلى الرعاية.

2. يُطلب من تسهيلات الرعاية الصحية التي تتلقى الدفعات النقدية من مؤسسات الرعاية الطبية (معظم المشافي ودور الرعاية) أن تسأل المرضى فيما إذا كان لديهم توجيهات مسبقة، وتُساعد المرضى عند الضرورة في كتابتها.

B. حالات خاصة.

1. استبدال معيار المحاكمة. إذا لم يكن لدى المريض العاجز توجيهات مسبقة، على موظفي الرعاية الصحية أو أفراد العائلة (الوكلاء) أن يُحددوا ماذا كانت المريضة ستفعل فيما لو كانت كفؤة وتكون الرغبات الشخصية للوكلاء لا علاقة لها بالقرار الطبي.

2. إذا استعاد المريض قدراته الوظيفية (الكفاءة) ولو لفترة مؤقتة أو بشكل متقطع فإنه يستعيد الحق خلال تلك الفترة في وضع القرارات المتعلقة برعايته الطبية.

VII. الموت والقتل الرحيم

لقطة لمريض 22-7. امرأة مريضة نهائياً عمرها 60 سنة وتعاني من ألم شديد ولكن يعلم الطبيب بأن المداواة التي تحتاجها لتريح ألمها ستُضعف من تنفسها ومن الممكن أن تُقصّر حياتها.

هل هو قانوني وأخلاقي للطبيب أن يُعطي هذا الدواء؟ (انظر B VIII).

A. المعيار القانوني للموت

1. في الولايات المتحدة يكون المعيار القانوني للموت في حال لم تتحقق المعايير القلبية والتنفسية هو التوقف غير المعكوس لكل وظائف الدماغ بما فيها جذع الدماغ.

2. إذا كان المريض ميتاً قانونياً يُخوّل الطبيب بنزع الدعم الحياتي وإنه من غير الضروري أمر المحكمة وإذن الأقارب.

B. القتل الرحيم

تبعاً لدساتير الأخلاق الطبية (مثلاً الجمعية الطبية الأمريكية، منظمات الاختصاص الطبية) فإن القتل الرحيم (القتل الرحيم، الانتحار بمساعدة الطبيب) هو فعل جرمي وغير مناسب أبداً. لكن إنه قانوني وأخلاقي أن تُقدّم حاجة طبية لإزالة الألم إلى مريض مريض نهائياً حتى لو أنها ستسبب قِصر حياة المريض مصادفةً.

أجوبة على أسئلة لقطة لمريض

1-22 العلاقة العاطفية مع مرضى حاليين أو سابقين هي غير مناسبة وعلى الطبيب المقيم أن لا يسأل المريضة في يوم ما للقائه لا الآن ولا في المستقبل.

2-22 من المفترض أن يكون جميع البالغين أكفاء قانونياً لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنفسهم، ما لم يقرر القاضي بأن المريض غير كفؤ فإن المريض نفسه يستطيع التوقيع على صيغة موافقة وأن يدخل الاختبار الدوائي.

3-22 حصل الطبيب على موافقة معلمة من المريض وإن الاستجابات غير اللفظية (فتح العينين وإغماضهما) من المرضى الأكفاء الذين ليس لديهم القدرة (لا يستطيعون على الكلام أو الكتابة هو مقبول لهذا الغرض.

4-22 ليس مطلوب من الطبيب أن يُحافظ على سريّة المريض إذا كان مشتبهاً بإساءة إلى طفل، وعلى الطبيب أن يُبلّغ الحالة إلى وكالة الخدمة الاجتماعية المناسبة.

5-22 إن رفض الطبيب لعلاج المريض هو غير أخلاقي ولكن قانوني. وبالرغم من أن رفض علاج المريض بسبب الخوف من العدوى هو شيء غير أخلاقي ولكن الأطباء غير مُجبرين قانونياً أن يُعالجوا المريض.

6-22 يجب على الطبيب أن يتبع إرشادات الجارة. وقّعت المريضة بفضل الوكالة العامة إلى جارتها لتكون ممثلتها الشرعية لتتخذ قرارات رعايتها الصحية عندما لا تستطيع القيام بذلك.

7-22 إنه أخلاقي وقانوني أن يُعطي الطبيب الدواء للعلاج وبالرغم من أن العلاج ربما يُقصّر عمر المريضة ولكن هدف الطبيب في تقديم الدواء هو أن يُريحها من ألمها.



علـم الأوبئـة (الـوبئيات)

Epidemiology

I. مقدمة

لقطة المريض 23-1. بلدة في نيوجرسي يبلغ عدد سكانها 7500 نسمة وفي عام 2001 شُخّص بإصابة 200 من المقيمين فيها بالتهاب المفصل الرثياني (RA). وفي عام 2002 بينما بقي عدد سكان البلدة 7500 ولكن اكتشف إصابة 100 مقيم زيادة بالتهاب المفصل الرثياني (RA).

ما معدل الحدوث ونسبة انتشار RA في هذه البلدة في سنة 2002؟ (انظر B I)

A. التعريف. علم الأوبئة هو دراسة العوامل التي تحدد حدوث وتوزع الأمراض بين البشر (شعوب الإنسان).

B. الحدوث والانتشار

1. معدل الحدوث هو عدد الأشخاص الذين طوروا حديثاً مرضاً في فترة زمنية محددة مقسمة على العدد الإجمالي للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالمرض خلال تلك الفترة الزمنية. على سبيل المثال: عدد الأشخاص المقيمين في البلدة الذين شخّصوا حديثاً بإصابتهم بـ RA في عام 2002 مقسم على العدد الإجمالي للمقيمين في البلدة خلال 2002 الذين هم في خطر الإصابة بـ RA أي أن 7300/100

(ملاحظة: عدد الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بـ RA هو 7500 ناقص 200 من المقيمين الذين شخّصوا بإصابتهم بـ RA في عام 2002).

2. نسبة الانتشار هو عدد أشخاص السكان المصابين بمرض (مثلاً لديهم RA) في نقطة محددة من الزمن (مثلاً: في 14 آذار 2002) أو خلال مدة محددة (مثلاً: خلال 2002) مقسمة على عدد السكان الكلي في منتصف سنة 2002.

3. العلاقة بين الحدوث والانتشار

a. الانتشار هو مساوٍ للحدوث مضروب بمعدل دوام المرض.

b. الانتشار هو أعظم من الحدوث إذا دام (استمر) المرض طويلاً.

II. خطط (تصميم) دراسة البحث

A. تشمل خطط دراسة البحث دراسة جماعة (كل من المتوقعة والتاريخية والحالة الضابطة ودراسة المقطعي المستعرض (العَرَضي)(الجدول 23-1)

B. اختبار العلاج السريري

1. هذه أنواع خاصة من دراسات الجماعة حيث يُعطى بعض أفراد الجماعة (المجموعة) المصابة بمرض محدد علاجاً واحداً ويُعطى أفراد آخرين من المجموعة علاجاً آخر أو ما يُسمّى العلاج الصوري أو الغفل (Placebo).

2. ومن ثم تقارن نتائج العلاجين (مثلاً تُقارن الاختلافات في معدل العيش بين رجال مصابين بمرض القلب الذين تلقوا دواء جديداً مع رجال مصابين بمرض القلب تلقوا دواء قياسياً (معيارياً).

الجدول 23-1 : خطط دراسة البحث

نوع الدراسة	عدد السكان عند البدء بالدراسة	المثال
دراسة الجماعة المتوقعة (المتزامنة)	• الأشخاص الذين هم خالون من المرض.	• صُممت الدراسة لتحدد إذا كان الطلاب بدؤوا التدخين في عمر 16 سنة سيكون لديهم شكاوي تنفسية بعمر 21 سنة (عيد مولدهم الـ 21) أكثر من الطلاب الذين لم يبدؤوا بالتدخين.
دراسة الجماعة التاريخية (غير المتزامنة)	• الأشخاص الخالون من المرض.	• صممت الدراسة لتحدد إذا كان التعرض الكيماوي في عمر 30 سنة يترافق مع زيادة حدوث الإصابة بسرطان الرئة في عام 2002 عند الرجال الذين يعملون في مصنع تصنيع الدهان.
الحالة الضابطة Case-control	• الأشخاص الذين لديهم مرض (حالات) والأشخاص الذين ليس لديهم مرض (ضوابط).	• صممت الدراسة لتحدد فيما إذا كان النساء المصابات بسرطان الرئة (حالات) يبلغن عن قصة تدخين خلال سنوات المراهقة أكثر من النساء غير المصابات بسرطان الرئة (ضوابط).
مقطعي مستعرض Cross-sectional	• دراسة الأشخاص في نقطة محددة من الزمن (ربما لديهم أو ليس لديهم مرض).	• صممت الدراسة لتحدد فيما إذا كان المدخنون يبردون أكثر من غير المدخنين بحسب عيّنة الهاتف العشوائية.

III. الخطر المنسوب والنسبي ونسبة الاحتمالات (الفرق الأفضلية Odds Ratio)

A. عوامل الخطر هي متغيرات مرتبطة بمسبب المرض.

B. يُستعمل الخطر النسبي والخطر المنسوب ونسبة الاحتمالات لتحليل نتائج دراسات عدد السكان (الجدول 23-2).

الجدول 23-2 : الخطر النسبي، الخطر المنسوب ونسبة الاحتمالات (الفرق، الأفضلية)

نوع التحليل	المستخدم للتحليل	المثال
الخطر النسبي	• دراسات مجموعة (جماعة).	• إذا كان معدل حدوث سرطان الرئة بين المدخنين في نيويورك، NJ في عام 1996 هو 50:1000 ومعدل حدوث سرطان الرئة بين غير المدخنين في نيويورك في عام 1996 هو 2:1000 فإن الخطر النسبي هو 50:2 أو 25. وذلك هو أن خطر سرطان الرئة هو عند المدخنين أعلى 25 ضعفاً من غير المدخنين.
الخطر المنسوب Attributable risk	• دراسات مجموعة (جماعة).	• بعد إعطاء المعلومات الآنفة الذكر. إن خطر سرطان الرئة المنسوب للتدخين (الخطر المنسوب) هو 2:1000-50:1000، أو 48:1000. أي أنه 48:1000 من حالات سرطان الرئة يمكن أن تنسب إلى التدخين.
نسبة الاحتمالات (الفرق) Odds ratio	• دراسات الحالة الضابطة Case-control studies	• من 200 مريض عولج في المشفى فإن 50 مريضاً منهم لديه سرطان الرئة و45 من المرضى هم مدخنون ومن 150 مريض متبق هناك 60 شخصاً مدخناً وإن نسبة الاحتمالات (الفرق) للتدخين وخطر الإصابة بسرطان الرئة هو: الأشخاص المصابون بسرطان الرئة: مدخنين A=45، غير مدخنين B=5 الأشخاص غير المصابين بسرطان الرئة: مدخنين C=60، غير مدخنين D=90 $\frac{(A)\ (D)}{(B)\ (C)} = \frac{(45)\ (90)}{(5)\ (60)} = 13.5$

IV. الاختبار. ليكون مفيداً يجب على أدوات الاختبار أن تكون غير منحازة، موثوقة وفعالة (حساسة ونوعية).

A. إنقاص الانحراف (التحيز)

1. الاختبار المنحرف (المتحيز) مبني بطريقة تكون نتيجة واحدة هي أكثر احتمالاً من الأخرى وتُستعمل دراسات العلاجات الغفل ودراسات التعمية والعشوائية لتنقص الانحراف (التحيز).

a. يمكن أن يحدث انحراف الاختيار إذا سمح لأشخاص أو باحثين أن يختاروا بين الدواء والدواء الغفل أو مجموعة العلاج من أن يكون الأشخاص محددين بشكل عشوائي.

b. انحراف العينة قد يحدث إذا ميزت عوامل غير مرتبطة بهدف دراسة الأشخاص عن سائر (بقية) السكان (مثلاً طلاب الجامعة الذين تطوعوا لدراسة استعمال الكوكايين ربما مختلفين عن سائر الطلاب).

2. استجابات العلاج الغفل. يستجيب على الأقل ثلث المرضى للعلاج بالعلاجات الغفل (مواد عديمة الفعالية) وحتى إن تأثير العلاج الغفل هو أفضل في المرض النفسي.

3. دراسات التعمية. في دراسة التعمية المزودة لا يعرف الشخص ولا الباحث ما العلاج الذي يتلقاه الشخص.

4. الدراسات المنتقلة

a. في الدراسة المنتقلة يتلقى أولاً الأشخاص في المجموعة 1 الدواء ويتلقى أولاً الأشخاص في المجموعة 2 العلاج الغفل.

b. تنتقل العلاجات لاحقاً في الدراسة (الذين في المجموعة 1 يتلقون العلاج الغفل والذين في المجموعة 2 يتلقون الدواء) وبذلك كل شخص يتصرف بحسب سيطرته أو سيطرتها الخاصة.

5. العشوائية. لتؤكد أن عدد الناس المرضى والمعافين هو متناسب (تناسبي) في مجموعات العلاج والضابطة بالغفل وقد حدد المرضى بشكل عشوائي للمجموعات.

B. الموثوقية والصلاحية

1. الموثوقية هي إمكان الإعادة.

a. موثوقية الفاحص الداخلي تعني أن نتائج الاختبار هي مشابهة عندما يُدار الاختبار من قبل مقدّر أو فاحص مختلف.

b. موثوقية إعادة فحص الاختبار تعني أن النتائج هي نفسها عندما تُفحص المادة للمرة الثانية أو الثالثة.

2. الصلاحية هو قياس إذا كان الاختبار قد خمّن ما هو محدد للتخمين. إن الحساسية والنوعية هما عناصر الصلاحية.

C. الحساسية والنوعية (المثال 1-23)

1. الحساسية تقيس دقة تحديد الاختبار الناس المرضى أو الإيجابيات الحقيقية.

2. النوعية تقيس دقة تحديد الاختبار الناس السليمين أو السلبيات الحقيقية.

المثال 1-23. الحساسية ،النوعية، القيمة التنبؤية والانتشار

أُعطي اختبار جديد ليكتشف وجود السل (TB) إلى 1000 مريض. بالرغم من أنه 200 من المرضى كانوا مصابين بالعصية (bacillus) فإن النتيجة كانت إيجابية بإصابة 160

مريض (حقيقي +) وال 40 مريض الآخرين المصابين لديهم نتائج سلبية (خاطئ)، وهكذا لم يحدد بهذا الاختبار الجديد. ومن الـ 800 مريض الذين لم يكونوا مصابين كانت النتيجة سلبية بـ 120 مريض (حقيقي −) وإيجابية في 80 مريضاً (خاطئ +).

استخدم هذه المعلومات لتحسب الحساسية، النوعية، القيمة التنبؤية الإيجابية والقيمة التنبؤية السلبية للاختبار وانتشار مرض السل (TB) في هذه المجموعة.

	المرضى المصابون بالسل TB	المرضى غير المصابين بالسل TB	المرضى ككل
نتيجة اختبار السل TB الإيجابية	160 (حقيقي +)	80 (خاطئ −)	240 (الذين لديهم نتيجة اختبار إيجابية)
نتيجة اختبار السل TB السلبية	40 (خاطئ −)	720 (حقيقي −)	160 (الذين لديهم نتيجة اختبار سلبية)
المرضى ككل	200	800	1000

$$\text{الحساسية} = \frac{\text{160 (حقيقي +)}}{\text{160 (حقيقي +)} + \text{40 (خاطئ −)}} = \frac{160}{200} = \%0.80$$

$$\text{النوعية} = \frac{\text{720 (خاطئ −)}}{\text{720 (حقيقي −)} + \text{80 (خاطئ +)}} = \frac{720}{800} = \%0.90$$

$$\text{القيمة التنبؤية الإيجابية} = \frac{\text{160 (حقيقي +)}}{\text{160 (حقيقي +)} + \text{80 (خاطئ +)}} = \frac{160}{240} = \%66.67$$

$$\text{القيمة التنبؤية السلبية} = \frac{\text{720 (حقيقي −)}}{\text{720 (حقيقي −)} + \text{40 (خاطئ −)}} = \frac{720}{760} = \%94.7$$

$$\text{الانتشار} = \frac{\text{200 (إجمالي المرضى المصابين)}}{\text{1000 (إجمالي المرضى)}} = \%0.20$$

D. القيمة التنبؤية (انظر المثال 23-1)

1. القيمة التنبؤية لاختبار هي قياس النسبة المئوية لنتائج الاختبار التي توافق التشخيص الحقيقي.

2. القيمة التنبؤية الإيجابية هي احتمال أن شخص ما مع اختبار إيجابي حقيقة لديه المرض أو (مصاب بالمرض حقيقية).

3. القيمة التنبؤية السلبية هي احتمال أن شخصاً ما مع اختبار سلبي هو حقيقة معافى.

4. إذا كان انتشار المرض بين السكان منخفضاً فإنه حتى الاختبارات ذات الحساسية والنوعية العالية سيكون لديها قيمة تنبؤية إيجابية منخفضة.

E. الاحتمال السريري ومعدل الهجمة

1. الاحتمال السريري هو عدد المرات التي تحدث فيها الحالة مقسمة على عدد المرات التي من الممكن أن تحدث فيها الحالة (المثال 23-2).

2. معدل الهجمة هو نوع من معدل الحدوث يُستخدم لوصف حالات تفشي المرض.

a. إنها تُحسب بتقسيم عدد الناس الذين أصبحوا مرضى خلال فترة الدراسة مقسماً على عدد الناس المعرضين للخطر خلال فترة الدراسة.

b. على سبيل المثال: إذا أصبح 45 من 60 من الناس الذين يأكلون الديك الرومي و5 من 30 من الناس الذين يأكلون لحم البقر في مأدبة مرضى بعد 1 ساعة لاحقة فإن معدل الهجمة هو 75% للديك الرومي و50% للحم البقر.

المثال 23-2. الاحتمال السريري

قرِّر بعد سنتين من التجاري السريرية أن 20% من المرضى الذين يأخذون دواء جديداً لفرط التوتر فإنه يتطور إلى غثيان. إذا أخذ مريضان (مريض A وآخر B) الدواء فاحسب الاحتمالات التالية.

احتمال أنّ	الحسابات
• كل من المريضين A وB سيعانيان من الغثيان.	• نضرب احتمال معاناة المريض A من الغثيان باحتمال معاناة B من الغثيان: %4 = 0,20 × 0,20
• على الأقل مريض واحد (إما A أو B أو كلاهما A وB) سيعاني من الغثيان.	• أضف احتمال معاناة المريض A من الغثيان إلى احتمال معاناة المريض B من الغثيان، ومن ثم اطرح احتمال معاناة كل من المريضين A وB من الغثيان (انظر سابقاً): %36 = 0,36 = 0,04 — 0,20 + 0,20
• لا المريض A ولا المريض B سيعانيان من الغثيان.	• نضرب احتمال شعور المريض A بأنه جيد باحتمال شعور المريض B بأنه جيد: %64 = 0,64 = 0,80 × 0,80

جواب على سؤال لقطة لمريض

23-1 إنه حدوث الإصابة بالتهاب المفاصل الرثياني في عام 2002 هو 100/7300، إنه عدد الذين شُخصوا بالمرض مُقسّم على عدد المعرضين لخطر الإصابة بالمرض. لأن 200 من الأشخاص الذين شُخصوا بإصابتهم بالتهاب المفاصل الريثاني في عام 2001 إنهم بلا شك في خطر الإصابة بالمرض في عام 2002 وإن المقام (الصفه المشتركة) في هذه المعادلة (عدد الناس المعرضين للخطر) هو 7300 (بدلاً من 7500). إن نسبة الانتشار لهذا المرض في عام 2002 هو 300/7500، هذه تمثل الناس الذين شُخصوا في عام 2002 (100 شخص) زائد (+) الناس الذين شُخصوا في عام 2001 وما يزالون يعانون المرض (200 شخص) مقسمين على عدد السكان الإجمالي.



التحليل الإحصائي

Statistical Analyses

I. متغيرات ومقاييس التشتت (التبدد) والميول الرئيسي

لقطة لمريض 24-1. صُمم تحليل البيانات من دراسة البحث العلمي لتفحص فرضية أو معالجة استبدال الأستروجين تترافق مع خطر زيادة الإصابة بسرطان الثدي وتكشف قيمة إيجابية < 0,01.

هل هذه نتيجة هامة تحليلياً؟ هل يستطيع الباحث أن يرفض الفرضية التافهة (العديمة القيمة)؟ (انظر B II).

A. المتغيرات

1. المتغير هو قيمة تتغير تحت ظروف مختلفة.
2. المتغيرات المستقلة هي خصائص (ميزات) أن المجرّب يستطيع التغير (مثلاً مقدار الملح في السلطة عند الحمية).
3. المتغيرات المعتمدة هي نتائج تعكس تغيراً تجريبياً (مثلاً ضغط الدم تحت حميات مختلفة للسلطة).

B. مقاييس التشتت (التبدد)

1. الانحراف المعيار (σ) هو معدل بعد الملاحظات عن متوسطها mean ويُحصل على معيار الانحراف بتربيع كل متغير أو انحراف عن المتوسط في مجموعة من السجلات، نجمع مربعات المتغيرات (المتربعة) ونقسم المجموع على عدد السجلات في المجموعة -1 ونحدد الجذر التربيعي للنتيجة.

2. قيمة المعيار الطبيعي أو سجل z هي الاختلاف بين متغير الفرد ومتوسط السكان في وحدات الانحراف المعياري. على سبيل المثال:

$$Z = \frac{\text{سِجل في التوزيع} - \text{متوسط سجل التوزيع}}{\text{الانحراف المعياري للتوزيع}}$$

3. معيار الخطأ هو معيار الانحراف مقسماً على الجذر التربيعي لعدد السجلات في المجموعة.

C. مقياس الميول المركزي (الرئيس). هي مجموعة من السجلات:

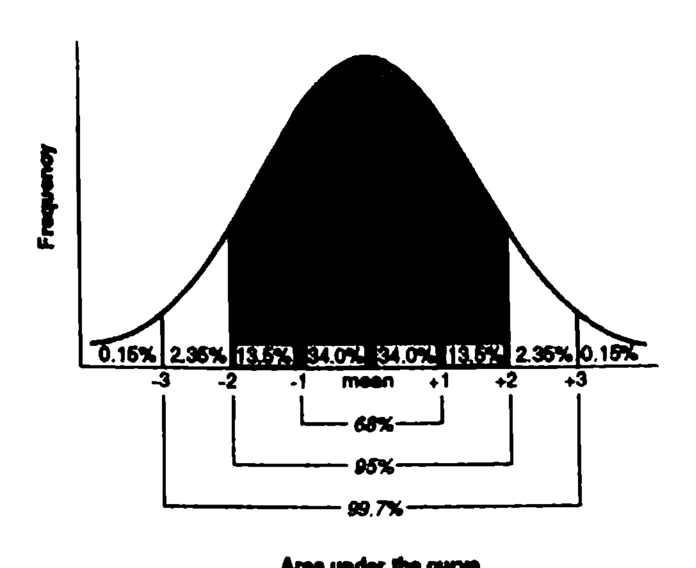
1. المتوسط هو معدل السجل. (mean) أو الوسط هو المعدل المتوسط للسجل.

2. الوسطي (median) هو القيمة الوسطى عندما تُرتب السجلات تعاقبياً.

3. الصيغة (mode) هي القيمة التي غالباً ما تظهر بشكل كبير.

D. التوزيع (التقسيم) الطبيعي

1. التوزيع الطبيعي. إنه توزيع نظري للسجلات حيث يكون المتوسط والوسطي والصيغة كلها متساوية. (الشكل 24-1).

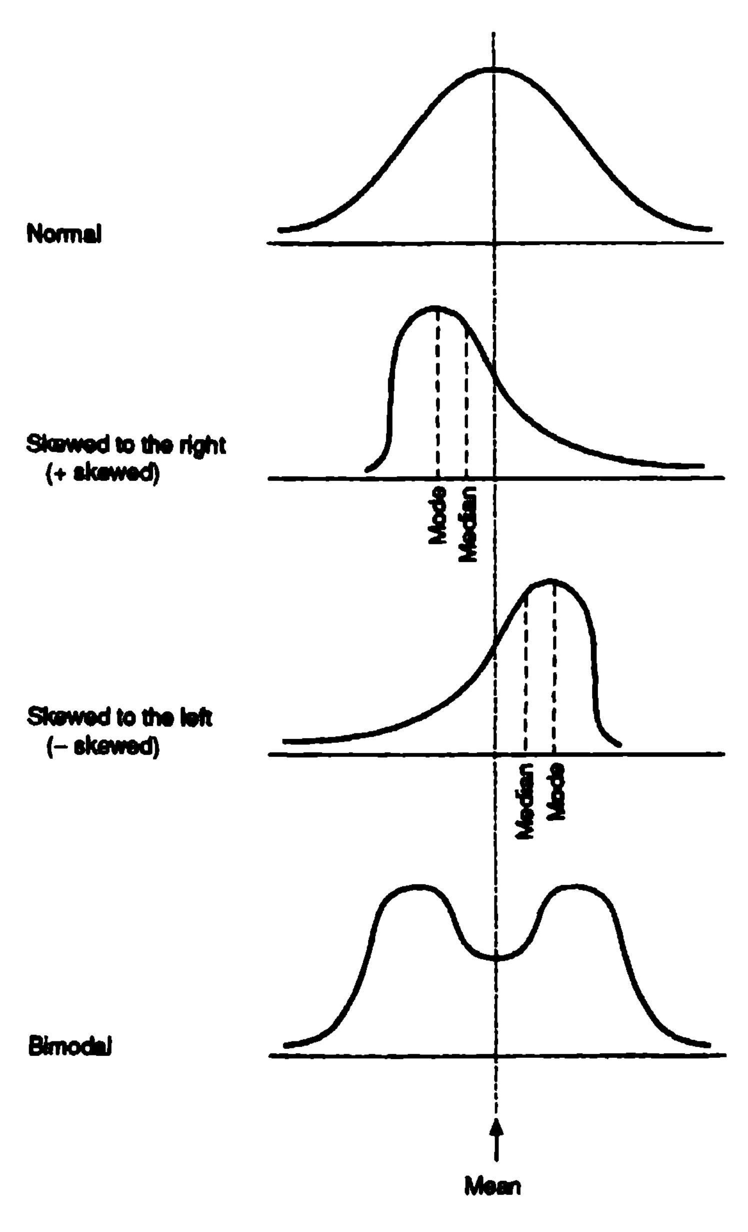


الشكل 1-24 التوزيع الطبيعي. أظهر الانحرافات المعيارية (-3 إلى +3) من الوسط على المحور السيني (x-axis). أظهرت النسبة المئوية للسكان الذين سقطوا تحت المنحنى داخل كل انحراف معياري.

2. في التوزيع المنحرف سلبياً أو إيجابياً تنحدر القمة (الحافة الناتئة) إلى جهة (جانب) واحدة (الشكل 2-24).

II. **اختبار الفرضية** الفرضية هي بيان يرتكز على الاستدلال، والأدب والدراسات التمهيدية. يفترض البيان أن الاختلافات موجودة بين مجموعتين، ويفحص إمكانية حدوث الاختلافات الملحوظ بالصدفة مع الإجراءات الإحصائية.

A. تفترض **فرضية العدم** (العديمة القيمة) أنه لا يوجد اختلاف بين المجموعتين، وإن هذه الفرضية هي إما مرفوضة أو غير مرفوضة بعد التحليل الإحصائي.



الشكل 24-2 التوزيعات التعاقبية.

1. مثال على فرضية العدم

a. تقسم مجموعة من خمسين مريضاً لديهم مستويات متشابهة من مصل حمض البول في بداية الدراسة (زمن 1) إلى مجموعتين كل واحدة من 25 مريضاً، تُعطى مجموعة واحدة جرعات يومية من دواء تجريبي (مجموعة تجريبية) وتُعطى المجموعة الأخرى علاج غفل بشكل يومي (مجموعة العلاج الغفل) ويُقاس مستوى حمض البول بعد 4 أسابيع لاحقة (زمن 2).

b. تُخمّن فرضية العدم أنه لا يوجد اختلافات مهمة في مستوى حمض البول بين المجموعتين الزمن 2.

c. في الزمن 2 إذا أظهر المرضى في المجموعة التجريبية مستويات مصلية لحمض البول مشابهة لأولئك الموجودين في مجموعة العلاج الغفل فإن فرضية العدم (ليس هناك اختلاف مهم بين المجموعتين) لا تُرفض (غير مرفوضة).

d. في الزمن 2 إذا كان للمرضى في المجموعة التجريبية مستويات مصلية منخفضة بشكل هام لحمض البول أكثر من أولئك الموجودين في مجموعة العلاج الغفل فإن النظرية التافهة هي مرفوضة.

2. خطأ النوع I (α) والنوع II (β)

a. α هو مستوى مثبت سابقاً للأهمية ويوضع عادة في 0,05 في الاصطلاح.

b. القوة ($1-\beta$) هي القدرة على كشف اختلاف بين مجموعات إذا كان حقيقة موجوداً، وكلما كان حجم العينة أكبر، كان للباحث القوة الأكبر لكشف الاختلاف.

c. يحدث خطأ النوع I عندما تُرفض فرضية العدم حتى لو كانت صحيحة (مثلاً لا ينقص الدواء مستوى حمض البول).

d. يحدث خطأ النوع II عندما لا تُرفض فرضية العدم حتى لو كانت خاطئة (مثلاً يُنقص الدواء مستوى حمض البول).

B. **الاحتمال الإحصائي**

1. القيمة P (المحتملة) هي فرصة حدوث خطأ النوع I، وإذا كانت القيمة p مساوية أو أقل من 0,05 فإنه غير متوقع حدوث خطأ النوع I. (يقع خطأ النوع I خمس مرات أو أقل من أصل 100 محاولة).

2. عادة تعتبر القيمة P مساوية أو أقل من 0,05 (مثلاً p < 0,01) مهمة إحصائياً.

III. **الاختبارات الاحصائية**. تستعمل الاختبارات الاحصائية لتحليل البيانات من الدراسات الوبائية.

A. تُستعمل الاختبارات الاحصائية المعلمية Parametric لتقييم وجود الاختلافات الهامة إحصائياً بين المجموعات عندما يكون توزيع سجلات السكان طبيعياً وعندما يكون حجم العينة ضخماً. إن الاستخدام المتعاقب للاختبارات الإحصائية المعلمية مسجّل في المثال 24-1.

B. تتضمن الاختبارات غير المعلمية اختبارات ويلكوكسونز (Wilcoxon's) واختبارات مان ويتني (Mann-Whitney) واختبارات Kruskal-Wallis وتُستخدم هذه الاختبارات عندما يكون توزيع سجلات السكان غير طبيعي أو حجم العينة صغيراً.

C. تُستخدم الاختبارات المطلقة المتضمنة اختبارات مربع تشي Chi square أو الاختبارات الدقيقة لـ فيشر Fisher's Exact tests لتحليل البيانات المطلقة أو مقارنة النسب (الدرجات).

المثال 24-1. الاختبارات الاحصائية المستخدمة بشكل شائع

من أجل تقييم نجاح ثلاثة برامج تجارية لتخفيف الوزن فقد وقّعت جماعة المستهلك مواضيع لثلاث مجموعات (جماعات) (المجموعة A، المجموعة B، المجموعة C). إن معدل الوزن للأشخاص خلال المجموعات ليس مختلفاً بشكل مهم عند البدء بالدراسة (الزمن 1) وقد اتبعت كل جماعة نظام حمية مختلف. في الزمن 1 وفي نهاية دراسة 6 أسابيع (الزمن 2) أُخذ وزن الأشخاص وضغط دمهم في الأسفل توجد أمثلة على كيفية إمكانية استخدام الاختبارات الاحصائية لتحليل نتائج هذه الدراسة.

1. T-test : الاختلاف بين متوسطي عيّنتين

الاختبار المستقل غير المزدوج: يختبر الاختلاف بين أوزان الجسم المتوسطة للناس في المجموعة A والناس في المجموعة B في الزمن 2، وقد اختُبرت مجموعتان من الناس على حالة واحدة.

الاختبار التابع (المزدوج): يختبر الاختلاف بين أوزان الجسم المتوسطة للناس في المجموعة A في الوقت 1 والوقت 2 واختُبر نفس الناس على حالتين.

2. تحليل الاختلاف (التفاوت): الاختلاف في المتوسط لأكثر من عيّنتين

التحليل الأحادي الاتجاه: يختبر الاختلاف بين أوزان الحسم المتوسطة للناس في المجموعة A والمجموعة B والمجموعة C في الزمن 2 (اختلاف واحد: جماعة).

التحليل الثنائي الاتجاه: يختبر الاتجاه بين متوسط أوزان الجسم للمجموعة A والمجموعة B والمجموعة C في الوقت 2 (تغيرين اثنين: جماعة وجنس).

3. الارتباط الخطي: العلاقة المتبادلة بين متغيرين مستمرين. يختبر العلاقة بين ضغط الدم ووزن الجسم في كل الأشخاص في الوقت 2، وإن معاملات (درجات) الارتباط (r) هي سلبية وتتراوح من 0 إلى -1 (ازدياد متغير مع نقصان الآخر) وهي إيجابية وتتراوح من 0 إلى +2 (إذا تغير المتغيران كلاهما في نفس الاتجاه).

جواب على سؤال لقطة لمريض

1-24 تعتبر القيمة $p<0,01$ مهمة إحصائياً ويستطيع الباحث أن يرفض فرضية العدم.

جدول المحتويات


www.iqra.ahlamontada.com

المُغني
في علم السلوك

يوضح هذا الكتاب.. كيف لنا أن نفهم بطريقة علمية علم السلوك.

ويعتبر هذا الكتاب .. مميزاً في طريقة عرضه.. ووسيلة هامة ليساعد الأطباء وعلماء النفس والسلوك والتربية والاجتماع والطلبة وجميع المهتمين على تفهم سلوك الإنسان منذ ولادته وحتى وفاته.





